



CASE REPORT FORM (CRF)

Version 03 française

PARTICIPANT EXTERNE

ÉVALUATION

VERSION 18 JANVIER 2021

CÉR Évaluateur (MP-02-2020-8929)

Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Chercheur responsable : *Michael Chassé, MD, PhD, FRCPC*

900 rue St-Denis, Montréal

H2X 0A9

<http://crchum.chumontreal.qc.ca/>

VISITE D'ÉVALUATION

Consentement

SECTION 1: Consentement

Est-ce que le consentement verbal a été obtenu? (Participant, représentant légal ou tuteur)

Oui Non

Date (aaaa-mm-jj) _____ Heure (hh:mm) _____

Obtenu par (prénom, nom) (CRF papier seul.): _____

Le patient est-il apte à donner son consentement ?

Oui, aller à la section 3 Non(adulte ou mineur), aller à la section 2.

Est-ce que le participant a été recruté sous un consentement différé?

Oui Non

SECTION 2: Patient inapte – Représentant légal

Si non (INAPTITUDE OU PATIENT ÂGÉ <18 ANS) le consentement verbal a-t-il été donné par la/le représentant(e) légal(e) ayant l'habilité à consentir?

- Non
 Représentant légal (adulte)
 Représentant légal / tuteur (enfant de moins de 18ans)

Est-ce que le participant adulte est redevenu apte à consentir?

Oui Non

Date du consentement verbal du participant adulte redevenu apte (aaaa-mm-jj): _____

Est-ce que l'accord du patient (s'il est âgé de 14 ans ou plus) a été obtenu (volet pédiatrique, le cas échéant)?

Oui Non

Lien du représentant avec le patient : _____

SECTION 3: Suivi FIC envoyées (poste et/ou courriel)

Est-ce que le formulaire de consentement a été remis/envoyé au participant ou son représentant légal?

Oui Non

Le FIC a été envoyé à qui?

- Participant
 Représentant légal (participant adulte qui est demeuré inapte ou est décédé)
 Représentant légal / tuteur (enfant de moins de 18ans)

À quelle date le FIC a été envoyé/reçu (poste ou courriel) (aaaa-mm-jj) ? _____

Le formulaire de consentement signé a été reçu ?

Oui (aller à la section 4) NON (continuer de compléter la section 3)

À quelle date le FIC signé a été reçu (poste ou courriel) (aaaa-mm-jj)? _____

Le FIC a été signé par?

- Participant
 Représentant légal (participant adulte qui est demeuré inapte ou est décédé)
 Représentant légal / tuteur (enfant de moins de 14ans)
 Représentant légal / tuteur ET enfant de 14 à 18 ans

Si formulaire signé non reçu, le patient ou son représentant légal a été recontacté?

- Oui Non

Date (aaaa-mm-jj) _____ Heure (hh :mm) (CRF papier seul.) : _____ Sans réponse

Date (aaaa-mm-jj) _____ Heure (hh :mm) (CRF papier seul.) : _____ Sans réponse

Date (aaaa-mm-jj) _____ Heure (hh :mm) (CRF papier seul.) : _____ Sans réponse

Section 4: Réponse au retour du FIC
Conclusion de l'approche pour consentement :

- Le patient est non-joignable ou décédé
 Le patient désire se retirer de l'étude
 Consentement aux prélèvements sanguins seulement
 Consentement aux suivis seulement
 Consentement à toutes les procédures de l'étude

Le patient demande le retrait de son consentement à participer à l'étude BQC19 (à tout moment durant le projet)

- Oui Non

Date du retrait du consentement (aaaa-mm-jj): _____

Commentaires : _____

Section 5: Autorisations et association avec d'autres base de données

[Cocher toutes les options suivantes]

- Recherche autorisée Génétique Recherche en santé
 Lien avec données administratives RAMQ MSSS LSPQ
 Autorisation pour Chercheurs universitaires Chercheurs de companies

Autres études auxquelles le patient participe en même temps que la BQC

Nom de l'étude (voir liste de choix ci-dessous)	# de participant/randomisation dans le cadre de l'étude

1, CONCOR-1 (plasma convalescent); 2, HALO; 3, LOVIT; 4, COVID-19 PEP RCT; 5, COLCORONA; 6, CATCOI; 7, REMAP-CAP; 8, ATTACC; 9, COVACTA; 10, CODA19; 11, COFA-025; 12, COFA-004; 13, COFA-023; 14, REMAP-CAP; 15, U-EFC16844; 16, REVISE; 17, 10-256 Biorepository; 18, Neuropathologie de la perte olfactive liée au SARS-CoV2 dans une cohorte des travailleurs de la santé; 19, COVID QT; 20, ELCV; AUTRES (inscrire le titre, svp)

Identifiants-confidentiel

[*Ces identifiants sont entrés **SEULEMENT** dans base de données BTRSR locale. ** Ces identifiants sont entrés dans le CRF REDCap.]

ID BTRSR*(Numéro de participant BTRSR)*: _____

Autre code de participant **: _____

Prénom * : _____

Nom * : _____

Date de naissance **, ** (aaaa-mm-jj) : _____ *On doit réinscrire la date de naissance dans la section profil du CRF REDCap.*

Adresse du participant

rue (CRF papier seul.): _____

Ville (CRF papier seul.): _____

Province (CRF papier seul.): _____

Code postal * : _____

#RAMQ * : _____

#dossier hospitalier * : _____

Numéro de téléphone principal : _____

Numéro de téléphone secondaire : _____

Courriel du participant **: _____

Nom du représentant légal et lien avec le participant : _____

Numéro de téléphone du représentant légal : _____

Courriel du représentant légal : _____

Profil du participant

Est-ce que le participant a été hospitalisé ou est-ce qu'il s'agit d'un participant vu en clinique externe?

Hospitalisé

Participant vu en clinique externe

Âge au moment de la visite : _____

*Se calcule automatiquement avec la date de consentement

Sexe à la naissance: Masculin Féminin Non spécifié

Pays de naissance : _____

Taille : _____ m n/d

Poids _____ kg n/d **IMC** (calcul automatique)

SECTION 1 : Volet pédiatrique (si applicable le lien se fera automatiquement lorsque le participant à moins de 18 ans)

Enfant (moins de 1an) Non Oui (si non, passer à la section suivante)

Poids à la naissance : _____ kg n/d

Gestation : Naissance à terme (>37 sem.) Naissance prématuré (<37 sem.) Indéterminé

SECTION 2 : Tabagisme et consommation de drogues

Statut tabagique : Fumeur Non-fumeur Ex-fumeur Tabagisme passif
 Non spécifié

Cigarette électronique : Oui Non

Usage de drogues : Oui Non

Si oui, type de drogues : Cannabis Cocaïne Amphétamines
 Opioïdes Autre(s) : _____

Type de participant

COVID-testé positif (+) (selon le test PCR) **COVID testé négatif (-)** (selon le test PCR) **COVID indéterminé** (selon le test PCR)

Diagnostic principal (ou primaire) relatif à l'hospitalisation (dx à l'arrivée) : _____

Le participant est-il un travailleur du milieu de la santé? Non Oui Non spécifié
 (Si le participant est un enfant un parent est-il travailleur du milieu de la santé)

Le participant est-il un travailleur dans un laboratoire de microbiologie ? Non Oui Non spécifié
 (Si le participant est un enfant, un parent est-il un travailleur dans un laboratoire de microbiologie)

Le participant vit : à la maison en résidence pour personnes âgées (RPA) en CHSLD
 en ressources intermédiaires et de type familiale en maison de chambres
 Itinérant

Le participant vit avec : avec les membres de sa famille avec aide-soignant seul colocataire

SECTION 1 : Volet obstétrique (si applicable)

Patiente enceinte : Non Oui

Si oui, date d'accouchement prévue (aaaa-mm-jj) _____

Post-partum (accouchement dans la dernière année) : Non Oui

Résultat de la grossesse : Bébé vivant Mort à la naissance

Date d'accouchement (aaaa-mm-jj) _____

Statut COVID du bébé : COVID-testé positif (+) COVID testé négatif (-) COVID indéterminé

Bébé testé pour les pathogènes infectieux de la mère : Non Oui Si oui : Positif Négatif

Méthode : PCR Autre: _____ n/d

SECTION 2: Commentaires généraux

Antécédents médicaux

Accident ischémique transitoire (AIT) antérieur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Asthme?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autre problème cardiaque chronique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autre problème neurologique (autre que AVC/AIT)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autres problèmes pulmonaires chroniques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
AVC antérieur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cancer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Type :		
	Métastase(s)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Sous traitement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Démence?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Diabète?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Fibrillation auriculaire ou flutter?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
HIV ou SIDA?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Hypertension artérielle (HTA)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Hypertension pulmonaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Immunosupprimé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Infarctus du myocarde antérieur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Insuffisance cardiaque?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) (de base pré-hospitalisation)	%	
Maladie coronarienne?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Maladies hématologiques chroniques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Maladie hépatique chronique? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Malnutrition? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
MPOC (Bronchite chronique, emphysème)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Indéterminée
Obésité? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Problèmes psychiatriques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Problèmes rénales chroniques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Dialyse?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes rhumatologiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le patient a-t-il d'autres conditions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autre comorbidité :		Autre comorbidité :	
Autre comorbidité :		Autre comorbidité :	
Autre comorbidité :		Autre comorbidité :	

Créatinine de base (pré-hospitalisation)	µmol/l	Si un historique au dossier médical de résultat du test de la créatinine
--	--------	--

SECTION 2 : Médications prise à la maison (svp vous référez à la liste d'aide – médication – voir annexe à la fin du document)

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion /antagoniste des récepteurs de l'angiotensine	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	n/d
Stéroïdes systémiques	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	n/d
Anticoagulants	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	n/d
Colchicine	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	n/d
HGO ou insuline	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	n/d
Autre médication immunosuppressive incluant chimiothérapie et médication antirejet	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	n/d

Veuillez préciser la médication immunosuppressive _____

Symptômes documentés à l'arrivée au dossier médical

Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date d'apparition du ou des premier(s) symptôme(s) (aaaa-mm-jj): _____	
Arthralgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur abdominale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyspnée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étourdissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse ou engourdissement aux extrémités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fièvre (≥38.0°C)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie/Sang dans l'expectoration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inappétence/ perte d'appétit? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal d'oreilles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Myalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausée / vomissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Œdème des jambes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / perte de l'odorat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rash ou éruption cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinorrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sibilances / sifflement / stridor?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Tests COVID et Sévérité
Date du 1^{er} test diagnostic pour COVID (aaaa-mm-jj) _____

Résultat : Positif Négatif Équivoque

Type d'échantillon : Swab nasal Swab gorge sputum Swab nez & gorge BAL
 Aspiration endotrachéale Urine Swab fécal/fèces Sang

[Entrez tout autre test réalisé pour la COVID-19 ci-dessous durant l'hospitalisation]
Date du test #2 diagnostic pour COVID (aaaa-mm-jj) _____

Résultat : Positif Négatif Équivoque

Type d'échantillon : Swab nasal Swab gorge sputum Swab nez & gorge BAL
 Aspiration endotrachéale Urine Swab fécal/fèces Sang

Date du test #3 diagnostic pour COVID (aaaa-mm-jj) _____

Résultat : Positif Négatif Équivoque

Type d'échantillon : Swab nasal Swab gorge sputum Swab nez & gorge BAL
 Aspiration endotrachéale Urine Swab fécal/fèces Sang

Date du test #4 diagnostic pour COVID (aaaa-mm-jj) _____

Résultat : Positif Négatif Équivoque

Type d'échantillon : Swab nasal Swab gorge sputum Swab nez & gorge BAL
 Aspiration endotrachéale Urine Swab fécal/fèces Sang

Date du test #5 diagnostic pour COVID (aaaa-mm-jj) _____

Résultat : Positif Négatif Équivoque

Type d'échantillon : Swab nasal Swab gorge sputum Swab nez & gorge BAL
 Aspiration endotrachéale Urine Swab fécal/fèces Sang

Si plus de 5 tests diagnostic pour la COVID

Test #	Date (aaaa-mm-jj)	Résultat	Type d'échantillon
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____

SECTION 2 : Sévérité

Si un test de dépistage pour le SARS-CoV-2 par PCR a été effectuée quel est le degré de sévérité (selon WHO) le plus sévère atteint?

Non infecté
 Léger
 Modéré
 Sévère
 Décès

Sévérité de l'épisode de COVID-19

Degré de sévérité	Description
Non infecté	Non infecté, sans charge viral détectée
Léger	Asymptomatique, avec charge viral détecté Symptomatique Symptomatique avec besoin d'assistance *Patient hospitalisé pour isolation seulement
Modéré	Patient hospitalisé sans oxygénothérapie Patient hospitalisé avec oxygénothérapie par masque ou canule nasale
Sévère	Patient hospitalisé avec oxygénothérapie par CPAP, BPAP ou LNHD Patient hospitalisé, intubé avec ventilation mécanique
Décès	Mort

Adapté de: The Lancet Infectious Diseases, Volume 20 Issue 8 Pages e192-e197 (August 2020), DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30483-7



CASE REPORT FORM (CRF)

Version 03 française

PARTICIPANT EXTERNE

SUIVI POST DIAGNOSTIC

(Ces visites se font x jours suivant la date du prélèvement pour le dépistage du SARS-CoV-2)

VERSION 18 JANVIER 2021

VISITE DE SUIVI 30 JOURS**Description de la visite**Sang prélevé pour la BQC19? Oui (complété section 1) NON (complété section 2)**SECTION 1 : prélèvements effectués pour la BQC19**

Date de prélèvement sanguin (aaaa-mm-dd) _____

Heure du prélèvement sanguin (hh:mm) _____

Nombre de jour entre le dx et le prélèvement Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

- Collecté :
-
-
- Aux urgences ambulatoire
-
-
- Aux urgences – civière
-
-
- Aux soins intensifs
-
-
- Clinique ambulatoire
-
-
- À l'étage préciser : _____
-
-
- Autre, préciser : _____

SECTION 2 : prélèvement non effectué pour la BQC19

Si aucun prélèvement sanguin fait pour la BQC19, quelle est la date où les données cliniques ont été collectés (aaaa-mm-jj)? _____

Pourquoi aucun prélèvement clinique n'a été collecté? _____

Prélèvements BQC19

Nombre de tubes ACD collectés : _____

Nombre de tubes PAXgene collectés _____

Nombre de tubes de sérum collectés _____

Autre(s) tube(s) de prélèvement sanguin collecté(s) _____

PÉDIATRIQUE – Selles collectés Oui Non N/AD'autre(s) échantillon(s) biologique(s) collecté(s)? Oui Non

Autre échantillon #1 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #2 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #3 _____ Quantité : _____

Suivi essentiel

Cette visite de suivi a-t-elle été effectuée?

 Oui Non

Date de suivi (aaaa-mm-jj) : _____

Nombre de jour entre le dx et le suivi

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Comment ce suivi a-t-il été fait?

-
- Au téléphone
-
-
- En personne
-
-
- Participant
-
-
- Représentant légal
-
-
- Professionnel de la santé

Qui a répondu au questionnaire?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

Nom de la personne qui interroge le/la participant(e) _____

SECTION 1 : Consentement continu

Statut du consentement continu

-
- Le patient désire se retirer de l'étude
-
-
- Consentement aux prélèvements sanguins seulement
-
-
- Consentement aux suivis seulement
-
-
- Le patient désire continuer sa participation à l'étude

SECTION 2 : Statut vital

Date du dernier statut vital connu (aaaa-mm-jj) : _____

Statut vital

-
- Vivant
-
-
- Décédé
-
-
- Inconnu

Suivi

Avez-vous reçu un nouveau diagnostic de COVID-19 depuis votre dernier suivi (basé sur le test PCR)?

-
- Oui (Si le participant a eu un nouveau test positif à la COVID – veuillez remplir le formulaire de Fin de participation et débiter un nouvel enregistrement BQC19 pour ce patient.)
-
-
- Non

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autre que les visites prévues en clinique externe ou médicale)

-
- Oui (compléter la section 1)
-
-
- Non (passer au suivant)

SECTION 1 : visite médicale non prévue

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autres que les visites prévues en clinique externe ou médicale) (Si plusieurs hospitalisations, répondez pour la plus importantes et décrivez les autres dans la boîte à commentaires au bas de la page)

-
- Oui
-
- Non

Type de visite?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

-
- Salle d'urgence
-
-
- Hospitalisation
-
-
- Pas certain

Si urgence ou nouvelle hospitalisation, date d'admission (aaaa-mm-jj) : _____

Établissement : _____

Cause : _____

 Est-ce que des examens médicaux supplémentaires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 5)
 Non (passer au suivant)

 Est-ce que des tests de laboratoires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 6)
 Non (passer au suivant)

 Le participant fait-il état de symptômes persistants liés à l'infection par le SARS-CoV-2 ?
 Oui (compléter la section 2)
 Non (passer au suivant)

 Le participant a-t-il développé une nouvelle pathologie ou une aggravation et/ou une détérioration d'une maladie préexistante ?
 Oui (compléter la section 4)
 Non (passer au suivant)

SECTION 2 : Symptômes actuels

Arthralgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur abdominale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyspnée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étourdissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse ou engourdissement aux extrémités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fièvre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie / Sang dans l'expectoration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inappétence / perte d'appétit? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal d'oreilles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Myalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausée / vomissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Œdème des jambes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / perte de l'odorat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rash ou éruption cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinorrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sibilances / sifflement / stridor?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 3 : Statut fonctionnel
Encercler la bonne réponse

Mobilité	1. Je n'ai aucun problème à marcher 2. J'ai de légers problèmes à marcher 3. J'ai des problèmes modérés à marcher 4. J'ai de graves problèmes à marcher 5. Je ne peux pas marcher
Soins personnels	1. Je n'ai aucun problème à me laver ou à m'habiller 2. J'ai de légers problèmes à me laver ou à m'habiller 3. J'ai des problèmes modérés à me laver ou à m'habiller 4. J'ai de graves problèmes à me laver ou à m'habiller 5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller
Activités habituelles	1. Je n'ai aucun problème à faire mes activités habituelles 2. J'ai de légers problèmes à faire mes activités habituelles 3. J'ai des problèmes modérés à faire mes activités habituelles 4. J'ai de graves problèmes à faire mes activités habituelles 5. Je suis incapable de faire mes activités habituelles
Douleur et inconfort	1. Je n'ai ni de douleur ni inconfort 2. J'ai une douleur ou un inconfort léger 3. J'ai une douleur ou un inconfort modéré 4. J'ai une douleur ou un inconfort intense 5. J'ai une douleur ou un inconfort extrême
Anxiété et dépression	1. Je ne suis pas anxieux ou déprimé 2. Je suis légèrement anxieux ou déprimé 3. Je suis modérément anxieux ou déprimé 4. Je suis gravement anxieux ou déprimé 5. Je suis extrêmement anxieux ou déprimé
Essoufflement	1. Je suis essoufflé seulement avec un exercice intense 2. Je suis à bout de souffle en me dépêchant ou en montant une légère pente 3. Je suis plus lent que la plupart des gens du même âge sur un terrain plat 4. Je m'arrête pour respirer en marchant 100m ou quelques minutes sur un terrain plat 5. Je suis trop essoufflé pour quitter la maison
Comment est votre santé aujourd'hui?	<i>Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur)</i> _____ %
Quelle difficulté éprouvez-vous à soulever ou porter une charge de 10 lbs?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable

Quelle difficulté éprouvez-vous à marcher à travers d'une pièce?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à transférer d'une chaise à un lit?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à monter 1 étage à pied?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Combien de fois êtes-vous tombé l'an dernier?	0. Aucune 1. 1-3 chutes 2. 4 chutes ou plus

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Rotterdam: EuroQol Group. Available at <http://www.euroqol.org/eq-5d/publications/user-guide.html>; Nerys Williams, The MRC breathlessness scale, Occupational Medicine, 2017; 67(6): 496-497; Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-532.

SECTION 4 : Complications Post-COVID
Complications cardiovasculaires

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Arrêt cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre types d'arythmie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction ventriculaire gauche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque décompensée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications respiratoires?

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchiolite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Épanchement pleural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie interstielle pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MPOC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumothorax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome de détresse respiratoire aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complications rénales?			
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)	
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)	
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19	
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore	
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2	
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé	
		Non	Oui
Insuffisance rénale aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications neurologiques?			
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)	
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)	
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19	
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore	
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2	
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé	
		Non	Oui
Accident ischémique transitoire (ACV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite / encéphalite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté de concentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications psychiatriques?			
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)	
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)	
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19	
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore	
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2	
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé	
		Non	Oui
Dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saute d'humeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications gastro-intestinales ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Non	Oui																				
Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Complications du système endocrinien ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Non	Oui																				
Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres complications?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Non	Oui																				
Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

SECTION 5 : Tests

Contexte médical des examens de suivi demandés

Évaluation cardiaque

 Angiographie coronarienne (cathétérisme cardiaque)? Oui Non

 Échographie au point d'intervention (POCUS)? Oui Non

 Échocardiogramme/ Échographie cardiaque? Oui Non

ECG?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie thorax?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de la tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métacholine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 6 : Laboratoires

OPTIONNEL – À compléter si le participant a eu des laboratoires de routines dans le cadre de son suivi. Ces tests ne sont pas OBLIGATOIRES.

IgG			
Décompte des globules blancs	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des monocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des basophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Urée	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Créatinine	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
NT-proBNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
BNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
LDH	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Albumine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

AST	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
ALT	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	<input type="checkbox"/> Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		<input type="checkbox"/> Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

SECTION 7 : Score de fragilité clinique

 Score de fragilité (clinical frailty scale) (encercler) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 n/d

Échelle de fragilité clinique*

1. Très en forme - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier, elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.

2. En forme - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie, mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement, cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.

3. Va bien - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.

4. Vulnérable - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.

5. Fragilité légère - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.

6. Fragilité modérée - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (restent en position debout ou nécessite des directives).

7. Fragilité sévère - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, peu importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.

8. Fragilité très sévère - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.

9. Phase terminale - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.

Fragilité chez les personnes atteintes de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, même si le souvenir de l'événement lui-même est préservé, la répétition de la même question ou de la même histoire, ainsi que le retrait social.

Dans une démence modérée, la mémoire récente est très altérée alors que la mémoire des événements anciens semble peu affectée. La personne fera elle-même son hygiène personnelle, à condition qu'on lui demande.

Dans la démence sévère, la personne ne peut faire aucun soin personnel sans aide.

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revisited 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;370:491-495.

Traduit par Philippe Veys, reproduit avec permission en : Veys P. (2013). Sans infirmité ou aîné en phase d'automisme. 2e édition. Saint-Laurent: Presses BRQ, 733 p.

© 2009, version 1.2. PA. Tous droits réservés. Recherche en médecine gériatrique, Université Laval, Québec, Québec, Canada. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'éducation seulement.



VISITE DE SUIVI 90 JOURS

Description de la visite

 Sang prélevé pour la BQC19? Oui (complété section 1) NON (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectués pour la BQC19

Date de prélèvement sanguin (aaaa-mm-dd) _____

Heure du prélèvement sanguin (hh :mm) _____

 Nombre de jour entre le dx et le prélèvement Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

- Collecté :
- Aux urgences ambulatoire
 - Aux urgences – civière
 - Aux soins intensifs
 - Clinique ambulatoire
 - À l'étage préciser : _____
 - Autre, préciser : _____

SECTION 2 : prélèvement non effectué pour la BQC19

Si aucun prélèvement sanguin fait pour la BQC19, quelle est la date où les données cliniques ont été collectés (aaaa-mm-jj)? _____

Pourquoi aucun prélèvement clinique n'a été collecté? _____

Prélèvements BQC19

Nombre de tubes ACD collectés : _____

Nombre de tubes PAXgene collectés _____

Nombre de tubes de sérum collectés _____

Autre(s) tube(s) de prélèvement sanguin collecté(s) _____

 PÉDIATRIQUE – Selles collectés Oui Non N/A

 D'autre(s) échantillon(s) biologique(s) collecté(s)? Oui Non

Autre échantillon #1 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #2 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #3 _____ Quantité : _____

Suivi essentiel

Cette visite de suivi a-t-elle été effectuée?

 Oui Non

Date de suivi (aaaa-mm-jj) : _____

Nombre de jour entre le dx et le suivi

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Comment ce suivi a-t-il été fait?

-
- Au téléphone
-
-
- En personne
-
-
- Participant
-
-
- Représentant légal
-
-
- Professionnel de la santé

Qui a répondu au questionnaire?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

Nom de la personne qui interroge le/la participant(e) _____

SECTION 1 : Consentement continu

Statut du consentement continu

-
- Le patient désire se retirer de l'étude
-
-
- Consentement aux prélèvements sanguins seulement
-
-
- Consentement aux suivis seulement
-
-
- Le patient désire continuer sa participation à l'étude

SECTION 2 : Statut vital

Date du dernier statut vital connu (aaaa-mm-jj) : _____

Statut vital

-
- Vivant
-
-
- Décédé
-
-
- Inconnu

Suivi

Avez-vous reçu un nouveau diagnostic de COVID-19 depuis votre dernier suivi (basé sur le test PCR)?

-
- Oui (Si le participant a eu un nouveau test positif à la COVID – veuillez remplir le formulaire de Fin de participation et débiter un nouvel enregistrement BQC19 pour ce patient.)
-
-
- Non

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autre que les visites prévues en clinique externe ou médicale)

-
- Oui (compléter la section 1)
-
-
- Non (passer au suivant)

SECTION 1 : visite médicale non prévue

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autres que les visites prévues en clinique externe ou médicale) (Si plusieurs hospitalisations, répondez pour la plus importantes et décrivez les autres dans la boîte à commentaires au bas de la page)

-
- Oui
-
- Non

Type de visite?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

-
- Salle d'urgence
-
-
- Hospitalisation
-
-
- Pas certain

Si urgence ou nouvelle hospitalisation, date d'admission (aaaa-mm-jj) : _____

Établissement : _____

Cause : _____

 Est-ce que des examens médicaux supplémentaires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 5)
 Non (passer au suivant)

 Est-ce que des tests de laboratoires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 6)
 Non (passer au suivant)

 Le participant fait-il état de symptômes persistants liés à l'infection par le SARS-CoV-2 ?
 Oui (compléter la section 2)
 Non (passer au suivant)

 Le participant a-t-il développé une nouvelle pathologie ou une aggravation et/ou une détérioration d'une maladie préexistante ?
 Oui (compléter la section 4)
 Non (passer au suivant)

SECTION 2 : Symptômes actuels

Arthralgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur abdominale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyspnée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étourdissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse ou engourdissement aux extrémités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fièvre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie / Sang dans l'expectoration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inappétence / perte d'appétit? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal d'oreilles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Myalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausée / vomissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Œdème des jambes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / perte de l'odorat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rash ou éruption cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinorrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sibilances / sifflement / stridor?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 3 : Statut fonctionnel
Encercler la bonne réponse

Mobilité	1. Je n'ai aucun problème à marcher 2. J'ai de légers problèmes à marcher 3. J'ai des problèmes modérés à marcher 4. J'ai de graves problèmes à marcher 5. Je ne peux pas marcher
Soins personnels	1. Je n'ai aucun problème à me laver ou à m'habiller 2. J'ai de légers problèmes à me laver ou à m'habiller 3. J'ai des problèmes modérés à me laver ou à m'habiller 4. J'ai de graves problèmes à me laver ou à m'habiller 5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller
Activités habituelles	1. Je n'ai aucun problème à faire mes activités habituelles 2. J'ai de légers problèmes à faire mes activités habituelles 3. J'ai des problèmes modérés à faire mes activités habituelles 4. J'ai de graves problèmes à faire mes activités habituelles 5. Je suis incapable de faire mes activités habituelles
Douleur et inconfort	1. Je n'ai ni de douleur ni inconfort 2. J'ai une douleur ou un inconfort léger 3. J'ai une douleur ou un inconfort modéré 4. J'ai une douleur ou un inconfort intense 5. J'ai une douleur ou un inconfort extrême
Anxiété et dépression	1. Je ne suis pas anxieux ou déprimé 2. Je suis légèrement anxieux ou déprimé 3. Je suis modérément anxieux ou déprimé 4. Je suis gravement anxieux ou déprimé 5. Je suis extrêmement anxieux ou déprimé
Essoufflement	1. Je suis essoufflé seulement avec un exercice intense 2. Je suis à bout de souffle en me dépêchant ou en montant une légère pente 3. Je suis plus lent que la plupart des gens du même âge sur un terrain plat 4. Je m'arrête pour respirer en marchant 100m ou quelques minutes sur un terrain plat 5. Je suis trop essoufflé pour quitter la maison
Comment est votre santé aujourd'hui?	<i>Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur)</i> _____ %
Quelle difficulté éprouvez-vous à soulever ou porter une charge de 10 lbs?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable

Quelle difficulté éprouvez-vous à marcher à travers d'une pièce?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à transférer d'une chaise à un lit?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à monter 1 étage à pied?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Combien de fois êtes-vous tombé l'an dernier?	0. Aucune 1. 1-3 chutes 2. 4 chutes ou plus

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Rotterdam: EuroQol Group. Available at <http://www.euroqol.org/eq-5d/publications/user-guide.html>; Nerys Williams, The MRC breathlessness scale, Occupational Medicine, 2017; 67(6): 496-497; Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-532.

SECTION 4 : Complications Post-COVID
Complications cardiovasculaires

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Arrêt cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre types d'arythmie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction ventriculaire gauche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque décompensée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications respiratoires?

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchiolite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Épanchement pleural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie interstielle pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MPOC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications rénales?		
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)
Relation avec l'infection SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé
	Non	Oui
Insuffisance rénale aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications neurologiques?		
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)
Relation avec l'infection SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé
	Non	Oui
Accident ischémique transitoire (ACV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite / encéphalite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté de concentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications psychiatriques?		
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)
Relation avec l'infection SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé
	Non	Oui
Dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saute d'humeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications gastro-intestinales ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Non	Oui																				
Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Complications du système endocrinien ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Non	Oui																				
Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres complications?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Non	Oui																				
Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

SECTION 5 : Tests

Contexte médical des examens de suivi demandés

Évaluation cardiaque

 Angiographie coronarienne (cathétérisme cardiaque)? Oui Non

 Échographie au point d'intervention (POCUS)? Oui Non

 Échocardiogramme/ Échographie cardiaque? Oui Non

ECG?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie thorax?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de la tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métacholine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 6 : Laboratoires

OPTIONNEL – À compléter si le participant a eu des laboratoires de routines dans le cadre de son suivi. Ces tests ne sont pas OBLIGATOIRES.

IgG			
Décompte des globules blancs	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des monocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des basophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Urée	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Créatinine	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
NT-proBNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
BNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Sodium Na ⁺	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Potassium K ⁺	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
LDH	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Albumine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

AST	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
ALT	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	<input type="checkbox"/> Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		<input type="checkbox"/> Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

SECTION 7 : Score de fragilité clinique

 Score de fragilité (clinical frailty scale) (encercler) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 n/d

Échelle de fragilité clinique*

1. Très en forme - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier, elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.

2. En forme - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie, mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement, cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.

3. Va bien - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.

4. Vulnérable - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.

5. Fragilité légère - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.

6. Fragilité modérée - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (restez en position debout ou nécessite des directives).

7. Fragilité sévère - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, peu importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.

8. Fragilité très sévère - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.

9. Phase terminale - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.

Fragilité chez les personnes atteintes de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, même si le souvenir de l'événement lui-même est préservé, la répétition de la même question ou de la même histoire, ainsi que le retrait social.

Dans une démence modérée, la mémoire récente est très altérée alors que la mémoire des événements anciens semble peu affectée. La personne fera elle-même son hygiène personnelle, à condition qu'on lui demande.

Dans la démence sévère, la personne ne peut faire aucun soin personnel sans aide.

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revisited 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;370:491-495.

Traduit par Philippe Veys, reproduit avec permission en : Veys P. (2013). *Saines infirmières aux côtés en soins gériatriques*. Université du Québec - Montréal, Canada. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'éducation seulement.

VISITE DE SUIVI 180 JOURS

Description de la visite

 Sang prélevé pour la BQC19? Oui (complété section 1) NON (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectués pour la BQC19

Date de prélèvement sanguin (aaaa-mm-dd) _____

Heure du prélèvement sanguin (hh :mm) _____

 Nombre de jour entre le dx et le prélèvement Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

- Collecté :
- Aux urgences ambulatoire
 - Aux urgences – civière
 - Aux soins intensifs
 - Clinique ambulatoire
 - À l'étage préciser : _____
 - Autre, préciser : _____

SECTION 2 : prélèvement non effectué pour la BQC19

Si aucun prélèvement sanguin fait pour la BQC19, quelle est la date où les données cliniques ont été collectés (aaaa-mm-jj)? _____

Pourquoi aucun prélèvement clinique n'a été collecté? _____

Prélèvements BQC19

Nombre de tubes ACD collectés : _____

Nombre de tubes PAXgene collectés _____

Nombre de tubes de sérum collectés _____

Autre(s) tube(s) de prélèvement sanguin collecté(s) _____

 PÉDIATRIQUE – Selles collectés Oui Non N/A

 D'autre(s) échantillon(s) biologique(s) collecté(s)? Oui Non

Autre échantillon #1 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #2 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #3 _____ Quantité : _____

Suivi essentiel

Cette visite de suivi a-t-elle été effectuée?

 Oui Non

Date de suivi (aaaa-mm-jj) : _____

Nombre de jour entre le dx et le suivi

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Comment ce suivi a-t-il été fait?

-
- Au téléphone
-
-
- En personne
-
-
- Participant
-
-
- Représentant légal
-
-
- Professionnel de la santé

Qui a répondu au questionnaire?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

Nom de la personne qui interroge le/la participant(e) _____

SECTION 1 : Consentement continu

Statut du consentement continu

-
- Le patient désire se retirer de l'étude
-
-
- Consentement aux prélèvements sanguins seulement
-
-
- Consentement aux suivis seulement
-
-
- Le patient désire continuer sa participation à l'étude

SECTION 2 : Statut vital

Date du dernier statut vital connu (aaaa-mm-jj) : _____

Statut vital

-
- Vivant
-
-
- Décédé
-
-
- Inconnu

Suivi

Avez-vous reçu un nouveau diagnostic de COVID-19 depuis votre dernier suivi (basé sur le test PCR)?

-
- Oui (Si le participant a eu un nouveau test positif à la COVID – veuillez remplir le formulaire de Fin de participation et débiter un nouvel enregistrement BQC19 pour ce patient.)
-
-
- Non

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autre que les visites prévues en clinique externe ou médicale)

-
- Oui (compléter la section 1)
-
-
- Non (passer au suivant)

SECTION 1 : visite médicale non prévue

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autres que les visites prévues en clinique externe ou médicale) (Si plusieurs hospitalisations, répondez pour la plus importantes et décrivez les autres dans la boîte à commentaires au bas de la page)

-
- Oui
-
- Non

Type de visite?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

-
- Salle d'urgence
-
-
- Hospitalisation
-
-
- Pas certain

Si urgence ou nouvelle hospitalisation, date d'admission (aaaa-mm-jj) : _____

Établissement : _____

Cause : _____

 Est-ce que des examens médicaux supplémentaires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 5)
 Non (passer au suivant)

 Est-ce que des tests de laboratoires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 6)
 Non (passer au suivant)

 Le participant fait-il état de symptômes persistants liés à l'infection par le SARS-CoV-2 ?
 Oui (compléter la section 2)
 Non (passer au suivant)

 Le participant a-t-il développé une nouvelle pathologie ou une aggravation et/ou une détérioration d'une maladie préexistante ?
 Oui (compléter la section 4)
 Non (passer au suivant)

SECTION 2 : Symptômes actuels

Arthralgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur abdominale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyspnée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étourdissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse ou engourdissement aux extrémités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fièvre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie / Sang dans l'expectoration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inappétence / perte d'appétit? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal d'oreilles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Myalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausée / vomissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Œdème des jambes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / perte de l'odorat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rash ou éruption cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinorrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sibilances / sifflement / stridor?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 3 : Statut fonctionnel
Encercler la bonne réponse

Mobilité	1. Je n'ai aucun problème à marcher 2. J'ai de légers problèmes à marcher 3. J'ai des problèmes modérés à marcher 4. J'ai de graves problèmes à marcher 5. Je ne peux pas marcher
Soins personnels	1. Je n'ai aucun problème à me laver ou à m'habiller 2. J'ai de légers problèmes à me laver ou à m'habiller 3. J'ai des problèmes modérés à me laver ou à m'habiller 4. J'ai de graves problèmes à me laver ou à m'habiller 5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller
Activités habituelles	1. Je n'ai aucun problème à faire mes activités habituelles 2. J'ai de légers problèmes à faire mes activités habituelles 3. J'ai des problèmes modérés à faire mes activités habituelles 4. J'ai de graves problèmes à faire mes activités habituelles 5. Je suis incapable de faire mes activités habituelles
Douleur et inconfort	1. Je n'ai ni de douleur ni inconfort 2. J'ai une douleur ou un inconfort léger 3. J'ai une douleur ou un inconfort modéré 4. J'ai une douleur ou un inconfort intense 5. J'ai une douleur ou un inconfort extrême
Anxiété et dépression	1. Je ne suis pas anxieux ou déprimé 2. Je suis légèrement anxieux ou déprimé 3. Je suis modérément anxieux ou déprimé 4. Je suis gravement anxieux ou déprimé 5. Je suis extrêmement anxieux ou déprimé
Essoufflement	1. Je suis essoufflé seulement avec un exercice intense 2. Je suis à bout de souffle en me dépêchant ou en montant une légère pente 3. Je suis plus lent que la plupart des gens du même âge sur un terrain plat 4. Je m'arrête pour respirer en marchant 100m ou quelques minutes sur un terrain plat 5. Je suis trop essoufflé pour quitter la maison
Comment est votre santé aujourd'hui?	<i>Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur)</i> _____ %
Quelle difficulté éprouvez-vous à soulever ou porter une charge de 10 lbs?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable

Quelle difficulté éprouvez-vous à marcher à travers d'une pièce?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à transférer d'une chaise à un lit?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à monter 1 étage à pied?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Combien de fois êtes-vous tombé l'an dernier?	0. Aucune 1. 1-3 chutes 2. 4 chutes ou plus

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Rotterdam: EuroQol Group. Available at <http://www.euroqol.org/eq-5d/publications/user-guide.html>; Nerys Williams, The MRC breathlessness scale, Occupational Medicine, 2017; 67(6): 496-497; Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-532.

SECTION 4 : Complications Post-COVID
Complications cardiovasculaires

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Arrêt cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre types d'arythmie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction ventriculaire gauche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque décompensée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications respiratoires?

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchiolite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Épanchement pleural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie interstielle pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MPOC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pneumothorax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications rénales?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section)		
	<input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19		
	<input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore		
	<input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/> Indéterminé		
		Non	Oui
	Insuffisance rénale aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications neurologiques?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section)		
	<input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19		
	<input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore		
	<input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/> Indéterminé		
		Non	Oui
	Accident ischémique transitoire (ACV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Convulsion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Méningite / encéphalite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insomnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficulté de concentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications psychiatriques?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section)		
	<input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19		
	<input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore		
	<input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/> Indéterminé		
		Non	Oui
	Dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saute d'humeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications gastro-intestinales ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Non	Oui																				
Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Complications du système endocrinien ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Non	Oui																				
Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres complications?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Non	Oui																				
Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

SECTION 5 : Tests

Contexte médical des examens de suivi demandés	
Évaluation cardiaque	
Angiographie coronarienne (cathétérisme cardiaque)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Échographie au point d'intervention (POCUS)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Échocardiogramme/ Échographie cardiaque?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ECG?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie thorax?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de la tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métacholine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 6 : Laboratoires

OPTIONNEL – À compléter si le participant a eu des laboratoires de routines dans le cadre de son suivi. Ces tests ne sont pas OBLIGATOIRES.

IgG			
Décompte des globules blancs	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des monocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des basophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Urée	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Créatinine	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
NT-proBNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
BNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Sodium Na ⁺	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Potassium K ⁺	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
LDH	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Albumine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

AST	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
ALT	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	<input type="checkbox"/> Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		<input type="checkbox"/> Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

SECTION 7 : Score de fragilité clinique

 Score de fragilité (clinical frailty scale) (encercler) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 n/d

Échelle de fragilité clinique*

1. Très en forme - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier, elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.

2. En forme - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie, mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement, cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.

3. Va bien - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.

4. Vulnérable - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.

5. Fragilité légère - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.

6. Fragilité modérée - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (restez en position debout ou nécessite des directives).

7. Fragilité sévère - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, peu importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.

8. Fragilité très sévère - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.

9. Phase terminale - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.

Fragilité chez les personnes atteintes de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, même si le souvenir de l'événement lui-même est préservé, la répétition de la même question ou de la même histoire, ainsi que le retrait social.

Dans une démence modérée, la mémoire récente est très altérée alors que la mémoire des événements anciens semble peu affectée. La personne fera elle-même son hygiène personnelle, à condition qu'on lui demande.

Dans la démence sévère, la personne ne peut faire aucun soin personnel sans aide.

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revisited 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;370:491-495.

Traduit par Philippe Veys, reproduit avec permission en : Veys P. (2013). *Saines infirmières aux côtés en soins gériatriques*. Université du Québec - Montréal, Canada. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'éducation seulement.

VISITE DE SUIVI 365 JOURS

Description de la visite

 Sang prélevé pour la BQC19? Oui (complété section 1) NON (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectués pour la BQC19

Date de prélèvement sanguin (aaaa-mm-dd) _____

Heure du prélèvement sanguin (hh :mm) _____

Nombre de jour entre le dx et le prélèvement _____

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Collecté :

- Aux urgences ambulatoire
 Aux urgences – civière
 Aux soins intensifs
 Clinique ambulatoire
 À l'étage préciser : _____
 Autre, préciser : _____

SECTION 2 : prélèvement non effectué pour la BQC19

Si aucun prélèvement sanguin fait pour la BQC19, quelle est la date où les données cliniques ont été collectés (aaaa-mm-jj)? _____

Pourquoi aucun prélèvement clinique n'a été collecté? _____

Prélèvements BQC19

Nombre de tubes ACD collectés : _____

Nombre de tubes PAXgene collectés _____

Nombre de tubes de sérum collectés _____

Autre(s) tube(s) de prélèvement sanguin collecté(s) _____

PÉDIATRIQUE – Selles collectés

 Oui Non N/A

D'autre(s) échantillon(s) biologique(s) collecté(s)?

 Oui Non

Autre échantillon #1 _____

Quantité : _____

Autre échantillon #2 _____

Quantité : _____

Autre échantillon #3 _____

Quantité : _____

Suivi essentiel

Cette visite de suivi a-t-elle été effectuée?

 Oui Non

Date de suivi (aaaa-mm-jj) : _____

Nombre de jour entre le dx et le suivi

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Comment ce suivi a-t-il été fait?

- Au téléphone
 En personne
 Participant
 Représentant légal
 Professionnel de la santé

Qui a répondu au questionnaire?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

Nom de la personne qui interroge le/la participant(e) _____

SECTION 1 : Consentement continu

Statut du consentement continu

- Le patient désire se retirer de l'étude
 Consentement aux prélèvements sanguins seulement
 Consentement aux suivis seulement
 Le patient désire continuer sa participation à l'étude

SECTION 2 : Statut vital

Date du dernier statut vital connu (aaaa-mm-jj) : _____

Statut vital

- Vivant
 Décédé
 Inconnu

Suivi

Avez-vous reçu un nouveau diagnostic de COVID-19 depuis votre dernier suivi (basé sur le test PCR)?

- Oui (Si le participant a eu un nouveau test positif à la COVID – veuillez remplir le formulaire de Fin de participation et débiter un nouvel enregistrement BQC19 pour ce patient.)
 Non

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autre que les visites prévues en clinique externe ou médicale)

- Oui (compléter la section 1)
 Non (passer au suivant)

SECTION 1 : visite médicale non prévue

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autres que les visites prévues en clinique externe ou médicale) (Si plusieurs hospitalisations, répondez pour la plus importantes et décrivez les autres dans la boîte à commentaires au bas de la page)

- Oui Non

Type de visite?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Salle d'urgence
 Hospitalisation
 Pas certain

Si urgence ou nouvelle hospitalisation, date d'admission (aaaa-mm-jj) : _____

Établissement : _____

Cause : _____

 Est-ce que des examens médicaux supplémentaires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 5)
 Non (passer au suivant)

 Est-ce que des tests de laboratoires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 6)
 Non (passer au suivant)

 Le participant fait-il état de symptômes persistants liés à l'infection par le SARS-CoV-2 ?
 Oui (compléter la section 2)
 Non (passer au suivant)

 Le participant a-t-il développé une nouvelle pathologie ou une aggravation et/ou une détérioration d'une maladie préexistante ?
 Oui (compléter la section 4)
 Non (passer au suivant)

SECTION 2 : Symptômes actuels

Arthralgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur abdominale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyspnée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étourdissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse ou engourdissement aux extrémités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fièvre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie / Sang dans l'expectoration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inappétence / perte d'appétit? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal d'oreilles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Myalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausée / vomissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Œdème des jambes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / perte de l'odorat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rash ou éruption cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinorrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sibilances / sifflement / stridor?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 3 : Statut fonctionnel
Encercler la bonne réponse

Mobilité	1. Je n'ai aucun problème à marcher 2. J'ai de légers problèmes à marcher 3. J'ai des problèmes modérés à marcher 4. J'ai de graves problèmes à marcher 5. Je ne peux pas marcher
Soins personnels	1. Je n'ai aucun problème à me laver ou à m'habiller 2. J'ai de légers problèmes à me laver ou à m'habiller 3. J'ai des problèmes modérés à me laver ou à m'habiller 4. J'ai de graves problèmes à me laver ou à m'habiller 5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller
Activités habituelles	1. Je n'ai aucun problème à faire mes activités habituelles 2. J'ai de légers problèmes à faire mes activités habituelles 3. J'ai des problèmes modérés à faire mes activités habituelles 4. J'ai de graves problèmes à faire mes activités habituelles 5. Je suis incapable de faire mes activités habituelles
Douleur et inconfort	1. Je n'ai ni de douleur ni inconfort 2. J'ai une douleur ou un inconfort léger 3. J'ai une douleur ou un inconfort modéré 4. J'ai une douleur ou un inconfort intense 5. J'ai une douleur ou un inconfort extrême
Anxiété et dépression	1. Je ne suis pas anxieux ou déprimé 2. Je suis légèrement anxieux ou déprimé 3. Je suis modérément anxieux ou déprimé 4. Je suis gravement anxieux ou déprimé 5. Je suis extrêmement anxieux ou déprimé
Essoufflement	1. Je suis essoufflé seulement avec un exercice intense 2. Je suis à bout de souffle en me dépêchant ou en montant une légère pente 3. Je suis plus lent que la plupart des gens du même âge sur un terrain plat 4. Je m'arrête pour respirer en marchant 100m ou quelques minutes sur un terrain plat 5. Je suis trop essoufflé pour quitter la maison
Comment est votre santé aujourd'hui?	<i>Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur)</i> _____ %
Quelle difficulté éprouvez-vous à soulever ou porter une charge de 10 lbs?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable

Quelle difficulté éprouvez-vous à marcher à travers d'une pièce?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à transférer d'une chaise à un lit?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à monter 1 étage à pied?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Combien de fois êtes-vous tombé l'an dernier?	0. Aucune 1. 1-3 chutes 2. 4 chutes ou plus

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Rotterdam: EuroQol Group. Available at <http://www.euroqol.org/eq-5d/publications/user-guide.html>; Nerys Williams, The MRC breathlessness scale, Occupational Medicine, 2017; 67(6): 496-497; Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-532.

SECTION 4 : Complications Post-COVID
Complications cardiovasculaires

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Arrêt cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre types d'arythmie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction ventriculaire gauche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque décompensée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications respiratoires?

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchiolite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Épanchement pleural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie interstielle pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MPOC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications rénales?		
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)
Relation avec l'infection SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé
	Non	Oui
Insuffisance rénale aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications neurologiques?		
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)
Relation avec l'infection SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé
	Non	Oui
Accident ischémique transitoire (ACV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite / encéphalite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté de concentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications psychiatriques?		
	<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section)
	<input type="checkbox"/>	Non (passer au suivant)
Relation avec l'infection SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/>	Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
	<input type="checkbox"/>	Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
	<input type="checkbox"/>	Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
	<input type="checkbox"/>	Indéterminé
	Non	Oui
Dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saute d'humeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications gastro-intestinales ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Non</th> <th style="width: 15%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Non	Oui																				
Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Complications du système endocrinien ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Non</th> <th style="width: 15%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Non	Oui																				
Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres complications?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Non</th> <th style="width: 15%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Non	Oui																				
Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

SECTION 5 : Tests

Contexte médical des examens de suivi demandés

Évaluation cardiaque

 Angiographie coronarienne (cathétérisme cardiaque)? Oui Non

 Échographie au point d'intervention (POCUS)? Oui Non

 Échocardiogramme/ Échographie cardiaque? Oui Non

ECG?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie thorax?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de la tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métacholine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 6 : Laboratoires

OPTIONNEL – À compléter si le participant a eu des laboratoires de routines dans le cadre de son suivi. Ces tests ne sont pas OBLIGATOIRES.

IgG			
Décompte des globules blancs	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des monocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des basophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Urée	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Créatinine	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
NT-proBNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
BNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
LDH	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Albumine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

AST	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
ALT	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	<input type="checkbox"/> Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		<input type="checkbox"/> Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

SECTION 7 : Score de fragilité clinique

 Score de fragilité (clinical frailty scale) (encercler) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 n/d

Échelle de fragilité clinique*

1. Très en forme - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier, elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.

2. En forme - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie, mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement, cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.

3. Va bien - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.

4. Vulnérable - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.

5. Fragilité légère - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.

6. Fragilité modérée - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (restez en position debout ou nécessite des directives).

7. Fragilité sévère - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, peu importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.

8. Fragilité très sévère - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.

9. Phase terminale - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.

Fragilité chez les personnes atteintes de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, même si le souvenir de l'événement lui-même est préservé, la répétition de la même question ou de la même histoire, ainsi que le retrait social.

Dans une démence modérée, la mémoire récente est très altérée alors que la mémoire des événements anciens semble peu affectée. La personne fera elle-même son hygiène personnelle, à condition qu'on lui demande.

Dans la démence sévère, la personne ne peut faire aucun soin personnel sans aide.

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revisited 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;370:491-495.

Traduit par Philippe Veys, reproduit avec permission en : Veys P. (2013). *Saines infirmières aux côtés en soins palliatifs*. Université du Québec - Montréal, Canada. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'éducation seulement.

VISITE DE SUIVI 540 JOURS

Description de la visite

 Sang prélevé pour la BQC19? Oui (complété section 1) NON (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectués pour la BQC19

Date de prélèvement sanguin (aaaa-mm-dd) _____

Heure du prélèvement sanguin (hh :mm) _____

Nombre de jour entre le dx et le prélèvement _____

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Collecté :

- Aux urgences ambulatoire
 Aux urgences – civière
 Aux soins intensifs
 Clinique ambulatoire
 À l'étage préciser : _____
 Autre, préciser : _____

SECTION 2 : prélèvement non effectué pour la BQC19

Si aucun prélèvement sanguin fait pour la BQC19, quelle est la date où les données cliniques ont été collectés (aaaa-mm-jj)? _____

Pourquoi aucun prélèvement clinique n'a été collecté? _____

Prélèvements BQC19

Nombre de tubes ACD collectés : _____

Nombre de tubes PAXgene collectés _____

Nombre de tubes de sérum collectés _____

Autre(s) tube(s) de prélèvement sanguin collecté(s) _____

PÉDIATRIQUE – Selles collectés

 Oui Non N/A

D'autre(s) échantillon(s) biologique(s) collecté(s)?

 Oui Non

Autre échantillon #1 _____

Quantité : _____

Autre échantillon #2 _____

Quantité : _____

Autre échantillon #3 _____

Quantité : _____

Suivi essentiel

Cette visite de suivi a-t-elle été effectuée?

 Oui Non

Date de suivi (aaaa-mm-jj) : _____

Nombre de jour entre le dx et le suivi

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Comment ce suivi a-t-il été fait?

-
- Au téléphone
-
-
- En personne
-
-
- Participant
-
-
- Représentant légal
-
-
- Professionnel de la santé

Qui a répondu au questionnaire?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

Nom de la personne qui interroge le/la participant(e) _____

SECTION 1 : Consentement continu

Statut du consentement continu

-
- Le patient désire se retirer de l'étude
-
-
- Consentement aux prélèvements sanguins seulement
-
-
- Consentement aux suivis seulement
-
-
- Le patient désire continuer sa participation à l'étude

SECTION 2 : Statut vital

Date du dernier statut vital connu (aaaa-mm-jj) : _____

Statut vital

-
- Vivant
-
-
- Décédé
-
-
- Inconnu

Suivi

Avez-vous reçu un nouveau diagnostic de COVID-19 depuis votre dernier suivi (basé sur le test PCR)?

-
- Oui (Si le participant a eu un nouveau test positif à la COVID – veuillez remplir le formulaire de Fin de participation et débiter un nouvel enregistrement BQC19 pour ce patient.)
-
-
- Non

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autre que les visites prévues en clinique externe ou médicale)

-
- Oui (compléter la section 1)
-
-
- Non (passer au suivant)

SECTION 1 : visite médicale non prévue

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autres que les visites prévues en clinique externe ou médicale) (Si plusieurs hospitalisations, répondez pour la plus importantes et décrivez les autres dans la boîte à commentaires au bas de la page)

-
- Oui
-
- Non

Type de visite?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

-
- Salle d'urgence
-
-
- Hospitalisation
-
-
- Pas certain

Si urgence ou nouvelle hospitalisation, date d'admission (aaaa-mm-jj) : _____

Établissement : _____

Cause : _____

 Est-ce que des examens médicaux supplémentaires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 5)
 Non (passer au suivant)

 Est-ce que des tests de laboratoires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 6)
 Non (passer au suivant)

 Le participant fait-il état de symptômes persistants liés à l'infection par le SARS-CoV-2 ?
 Oui (compléter la section 2)
 Non (passer au suivant)

 Le participant a-t-il développé une nouvelle pathologie ou une aggravation et/ou une détérioration d'une maladie préexistante ?
 Oui (compléter la section 4)
 Non (passer au suivant)

SECTION 2 : Symptômes actuels

Arthralgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur abdominale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyspnée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étourdissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse ou engourdissement aux extrémités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fièvre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie / Sang dans l'expectoration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inappétence / perte d'appétit? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal d'oreilles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Myalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausée / vomissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Œdème des jambes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / perte de l'odorat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rash ou éruption cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinorrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sibilances / sifflement / stridor?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 3 : Statut fonctionnel
Encercler la bonne réponse

Mobilité	1. Je n'ai aucun problème à marcher 2. J'ai de légers problèmes à marcher 3. J'ai des problèmes modérés à marcher 4. J'ai de graves problèmes à marcher 5. Je ne peux pas marcher
Soins personnels	1. Je n'ai aucun problème à me laver ou à m'habiller 2. J'ai de légers problèmes à me laver ou à m'habiller 3. J'ai des problèmes modérés à me laver ou à m'habiller 4. J'ai de graves problèmes à me laver ou à m'habiller 5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller
Activités habituelles	1. Je n'ai aucun problème à faire mes activités habituelles 2. J'ai de légers problèmes à faire mes activités habituelles 3. J'ai des problèmes modérés à faire mes activités habituelles 4. J'ai de graves problèmes à faire mes activités habituelles 5. Je suis incapable de faire mes activités habituelles
Douleur et inconfort	1. Je n'ai ni de douleur ni inconfort 2. J'ai une douleur ou un inconfort léger 3. J'ai une douleur ou un inconfort modéré 4. J'ai une douleur ou un inconfort intense 5. J'ai une douleur ou un inconfort extrême
Anxiété et dépression	1. Je ne suis pas anxieux ou déprimé 2. Je suis légèrement anxieux ou déprimé 3. Je suis modérément anxieux ou déprimé 4. Je suis gravement anxieux ou déprimé 5. Je suis extrêmement anxieux ou déprimé
Essoufflement	1. Je suis essoufflé seulement avec un exercice intense 2. Je suis à bout de souffle en me dépêchant ou en montant une légère pente 3. Je suis plus lent que la plupart des gens du même âge sur un terrain plat 4. Je m'arrête pour respirer en marchant 100m ou quelques minutes sur un terrain plat 5. Je suis trop essoufflé pour quitter la maison
Comment est votre santé aujourd'hui?	<i>Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur)</i> _____ %
Quelle difficulté éprouvez-vous à soulever ou porter une charge de 10 lbs?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable

Quelle difficulté éprouvez-vous à marcher à travers d'une pièce?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à transférer d'une chaise à un lit?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à monter 1 étage à pied?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Combien de fois êtes-vous tombé l'an dernier?	0. Aucune 1. 1-3 chutes 2. 4 chutes ou plus

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Rotterdam: EuroQol Group. Available at <http://www.euroqol.org/eq-5d/publications/user-guide.html>; Nerys Williams, The MRC breathlessness scale, Occupational Medicine, 2017; 67(6): 496-497; Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-532.

SECTION 4 : Complications Post-COVID
Complications cardiovasculaires

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Arrêt cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre types d'arythmie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction ventriculaire gauche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque décompensée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications respiratoires?

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchiolite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Épanchement pleural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie interstielle pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MPOC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pneumothorax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications rénales?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section)		
	<input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19		
	<input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore		
	<input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/> Indéterminé		
		Non	Oui
	Insuffisance rénale aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications neurologiques?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section)		
	<input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19		
	<input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore		
	<input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/> Indéterminé		
		Non	Oui
	Accident ischémique transitoire (ACV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Convulsion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Méningite / encéphalite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insomnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficulté de concentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complications psychiatriques?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section)		
	<input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19		
	<input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore		
	<input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2		
	<input type="checkbox"/> Indéterminé		
		Non	Oui
	Dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saute d'humeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications gastro-intestinales ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Non</th> <th style="width: 15%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Non	Oui																				
Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Complications du système endocrinien ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Non</th> <th style="width: 15%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Non	Oui																				
Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres complications?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Non</th> <th style="width: 15%;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non	Oui																				
Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

SECTION 5 : Tests

Contexte médical des examens de suivi demandés

Évaluation cardiaque

 Angiographie coronarienne (cathétérisme cardiaque)? Oui Non

 Échographie au point d'intervention (POCUS)? Oui Non

 Échocardiogramme/ Échographie cardiaque? Oui Non

ECG?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie thorax?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de la tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métacholine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 6 : Laboratoires

OPTIONNEL – À compléter si le participant a eu des laboratoires de routines dans le cadre de son suivi. Ces tests ne sont pas OBLIGATOIRES.

IgG			
Décompte des globules blancs	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des monocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des basophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Urée	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Créatinine	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
NT-proBNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
BNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
LDH	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Albumine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

AST	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
ALT	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	<input type="checkbox"/> Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		<input type="checkbox"/> Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

SECTION 7 : Score de fragilité clinique

 Score de fragilité (clinical frailty scale) (encercler) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 n/d

Échelle de fragilité clinique*

- Très en forme** - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier, elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.
- En forme** - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie, mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement, cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.
- Va bien** - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.
- Vulnérable** - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.
- Fragilité légère** - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.
- Fragilité modérée** - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (restez en position debout ou nécessite des directives).
- Fragilité sévère** - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, peu importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.
- Fragilité très sévère** - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.
- Phase terminale** - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.

Fragilité chez les personnes atteintes de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, même si le souvenir de l'événement lui-même est préservé, la répétition de la même question ou de la même histoire, ainsi que le retrait social.

Dans une démence modérée, la mémoire récente est très altérée alors que la mémoire des événements anciens semble peu affectée. La personne fera elle-même son hygiène personnelle, à condition qu'on lui demande.

Dans la démence sévère, la personne ne peut faire aucun soin personnel sans aide.

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revisited 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;370:490-495.

Traduit par Philippe Veys, reproduit avec permission en : Veys P. (2013). *Saines infirmières aux côtés en prise d'urgence*. 2e édition. Saint-Laurent: Presses BRQ, 733 p.

© 2009, version 1.2. PA. Tous droits réservés. Recherche en médecine gériatrique, Université Laval, Québec, Québec, Canada. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'éducation seulement.

VISITE DE SUIVI 760 JOURS

Description de la visite

 Sang prélevé pour la BQC19? Oui (complété section 1) Non (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectués pour la BQC19

Date de prélèvement sanguin (aaaa-mm-dd) _____

Heure du prélèvement sanguin (hh:mm) _____

 Nombre de jour entre le dx et le prélèvement Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Collecté :

- Aux urgences ambulatoire
- Aux urgences – civière
- Aux soins intensifs
- Clinique ambulatoire
- À l'étage préciser : _____
- Autre, préciser : _____

SECTION 2 : prélèvement non effectué pour la BQC19

Si aucun prélèvement sanguin fait pour la BQC19, quelle est la date où les données cliniques ont été collectés (aaaa-mm-jj)? _____

Pourquoi aucun prélèvement clinique n'a été collecté? _____

Prélèvements BQC19

Nombre de tubes ACD collectés : _____

Nombre de tubes PAXgene collectés _____

Nombre de tubes de sérum collectés _____

Autre(s) tube(s) de prélèvement sanguin collecté(s) _____

 PÉDIATRIQUE – Selles collectés Oui Non N/A

 D'autre(s) échantillon(s) biologique(s) collecté(s)? Oui Non

Autre échantillon #1 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #2 _____ Quantité : _____

Autre échantillon #3 _____ Quantité : _____

Suivi essentiel

Cette visite de suivi a-t-elle été effectuée?

 Oui Non

Date de suivi (aaaa-mm-jj) : _____

Nombre de jour entre le dx et le suivi

Calcul automatique dans REDCap (ne pas compléter)

Comment ce suivi a-t-il été fait?

-
- Au téléphone
-
-
- En personne
-
-
- Participant
-
-
- Représentant légal
-
-
- Professionnel de la santé

Qui a répondu au questionnaire?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

Nom de la personne qui interroge le/la participant(e) _____

SECTION 1 : Consentement continu

Statut du consentement continu

-
- Le patient désire se retirer de l'étude
-
-
- Consentement aux prélèvements sanguins seulement
-
-
- Consentement aux suivis seulement
-
-
- Le patient désire continuer sa participation à l'étude

SECTION 2 : Statut vital

Date du dernier statut vital connu (aaaa-mm-jj) : _____

Statut vital

-
- Vivant
-
-
- Décédé
-
-
- Inconnu

Suivi

Avez-vous reçu un nouveau diagnostic de COVID-19 depuis votre dernier suivi (basé sur le test PCR)?

-
- Oui (Si le participant a eu un nouveau test positif à la COVID – veuillez remplir le formulaire de Fin de participation et débiter un nouvel enregistrement BQC19 pour ce patient.)
-
-
- Non

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autre que les visites prévues en clinique externe ou médicale)

-
- Oui (compléter la section 1)
-
-
- Non (passer au suivant)

SECTION 1 : visite médicale non prévue

Visite(s) à l'hôpital suite au congé (autres que les visites prévues en clinique externe ou médicale) (Si plusieurs hospitalisations, répondez pour la plus importantes et décrivez les autres dans la boîte à commentaires au bas de la page)

-
- Oui
-
- Non

Type de visite?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

-
- Salle d'urgence
-
-
- Hospitalisation
-
-
- Pas certain

Si urgence ou nouvelle hospitalisation, date d'admission (aaaa-mm-jj) : _____

Établissement : _____

Cause : _____

 Est-ce que des examens médicaux supplémentaires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 5)
 Non (passer au suivant)

 Est-ce que des tests de laboratoires ont été demandés dans le cadre de ce suivi? (OPTIONNEL – Pour besoin clinique)
 Oui (compléter la section 6)
 Non (passer au suivant)

 Le participant fait-il état de symptômes persistants liés à l'infection par le SARS-CoV-2 ?
 Oui (compléter la section 2)
 Non (passer au suivant)

 Le participant a-t-il développé une nouvelle pathologie ou une aggravation et/ou une détérioration d'une maladie préexistante ?
 Oui (compléter la section 4)
 Non (passer au suivant)

SECTION 2 : Symptômes actuels

Arthralgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur abdominale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyspnée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étourdissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse ou engourdissement aux extrémités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fièvre ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie / Sang dans l'expectoration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Inappétence / perte d'appétit? (*si décrit au dossier médical)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal d'oreilles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Myalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausée / vomissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Œdème des jambes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / perte de l'odorat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rash ou éruption cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhinorrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sibilances / sifflement / stridor?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 3 : Statut fonctionnel
Encercler la bonne réponse

Mobilité	1. Je n'ai aucun problème à marcher 2. J'ai de légers problèmes à marcher 3. J'ai des problèmes modérés à marcher 4. J'ai de graves problèmes à marcher 5. Je ne peux pas marcher
Soins personnels	1. Je n'ai aucun problème à me laver ou à m'habiller 2. J'ai de légers problèmes à me laver ou à m'habiller 3. J'ai des problèmes modérés à me laver ou à m'habiller 4. J'ai de graves problèmes à me laver ou à m'habiller 5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller
Activités habituelles	1. Je n'ai aucun problème à faire mes activités habituelles 2. J'ai de légers problèmes à faire mes activités habituelles 3. J'ai des problèmes modérés à faire mes activités habituelles 4. J'ai de graves problèmes à faire mes activités habituelles 5. Je suis incapable de faire mes activités habituelles
Douleur et inconfort	1. Je n'ai ni de douleur ni inconfort 2. J'ai une douleur ou un inconfort léger 3. J'ai une douleur ou un inconfort modéré 4. J'ai une douleur ou un inconfort intense 5. J'ai une douleur ou un inconfort extrême
Anxiété et dépression	1. Je ne suis pas anxieux ou déprimé 2. Je suis légèrement anxieux ou déprimé 3. Je suis modérément anxieux ou déprimé 4. Je suis gravement anxieux ou déprimé 5. Je suis extrêmement anxieux ou déprimé
Essoufflement	1. Je suis essoufflé seulement avec un exercice intense 2. Je suis à bout de souffle en me dépêchant ou en montant une légère pente 3. Je suis plus lent que la plupart des gens du même âge sur un terrain plat 4. Je m'arrête pour respirer en marchant 100m ou quelques minutes sur un terrain plat 5. Je suis trop essoufflé pour quitter la maison
Comment est votre santé aujourd'hui?	<i>Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur)</i> _____ %
Quelle difficulté éprouvez-vous à soulever ou porter une charge de 10 lbs?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable

Quelle difficulté éprouvez-vous à marcher à travers d'une pièce?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à transférer d'une chaise à un lit?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Quelle difficulté éprouvez-vous à monter 1 étage à pied?	1. Aucun 2. Un peu 3. Beaucoup ou incapable
Combien de fois êtes-vous tombé l'an dernier?	0. Aucune 1. 1-3 chutes 2. 4 chutes ou plus

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Rotterdam: EuroQol Group. Available at <http://www.euroqol.org/eq-5d/publications/user-guide.html>; Nerys Williams, The MRC breathlessness scale, Occupational Medicine, 2017; 67(6): 496-497; Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-532.

SECTION 4 : Complications Post-COVID
Complications cardiovasculaires

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Arrêt cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre types d'arythmie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction ventriculaire gauche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque décompensée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complications respiratoires?

- Oui (compléter la section)
 Non (passer au suivant)

Relation avec l'infection SARS-CoV-2

- Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19
 Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore
 Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2
 Indéterminé

	Non	Oui
Asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchiolite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Épanchement pleural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie interstielle pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MPOC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumothorax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complications rénales?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé		
	Non	Oui	
Insuffisance rénale aigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complications neurologiques?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé		
	Non	Oui	
Accident ischémique transitoire (ACV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningite / encéphalite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insomnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté de concentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complications psychiatriques?			
	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)		
Relation avec l'infection SARS-CoV-2			
	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé		
	Non	Oui	
Dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saute d'humeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Complications gastro-intestinales ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Non	Oui																				
Dysfonction hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pancréatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Complications du système endocrinien ?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Non	Oui																				
Hyperglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres complications?	<input type="checkbox"/> Oui (compléter la section) <input type="checkbox"/> Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Apparu récemment et directement lié à l'épisode COVID-19 <input type="checkbox"/> Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore <input type="checkbox"/> Non lié à l'infection par le SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Indéterminé																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Non	Oui																				
Anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bactériémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

SECTION 5 : Tests

Contexte médical des examens de suivi demandés

Évaluation cardiaque

 Angiographie coronarienne (cathétérisme cardiaque)? Oui Non

 Échographie au point d'intervention (POCUS)? Oui Non

 Échocardiogramme/ Échographie cardiaque? Oui Non

ECG?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie thorax?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tomodensitométrie de la tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métacholine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 6 : Laboratoires

OPTIONNEL – À compléter si le participant a eu des laboratoires de routines dans le cadre de son suivi. Ces tests ne sont pas OBLIGATOIRES.

IgG			
Décompte des globules blancs	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des monocytes	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des basophiles	_____	%	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Urée	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Créatinine	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
NT-proBNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
BNP	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
LDH	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Albumine	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

AST	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
ALT	_____	U/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	<input type="checkbox"/> Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		<input type="checkbox"/> Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Non mesuré

SECTION 7 : Score de fragilité clinique

 Score de fragilité (clinical frailty scale) (encercler) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 n/d

Échelle de fragilité clinique*

- Très en forme** - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier, elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.
- En forme** - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie, mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement, cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.
- Va bien** - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.
- Vulnérable** - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.
- Fragilité légère** - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.
- Fragilité modérée** - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (restez en position debout ou nécessite des directives).
- Fragilité sévère** - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, peu importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.
- Fragilité très sévère** - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.
- Phase terminale** - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.

Fragilité chez les personnes atteintes de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, même si le souvenir de l'événement lui-même est préservé, la répétition de la même question ou de la même histoire, ainsi que le retrait social.

Dans une démence modérée, la mémoire récente est très altérée alors que la mémoire des événements anciens semble peu affectée. La personne fera elle-même son hygiène personnelle, à condition qu'on lui demande.

Dans la démence sévère, la personne ne peut faire aucun soin personnel sans aide.

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revisited 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;370:491-495.

Traduit par Philippe Veys, reproduit avec permission en : Veys P. (2013). *Saines infirmières aux côtés en soins gériatriques*. Université du Québec - Québec, Québec. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'éducation seulement.

VISITE DE FIN D'ÉTUDE**SECTION 1: Vaccination (en tout temps)**Est-ce que le participant a été vacciné? Oui Non

Le participant a reçu le vaccin de quelle compagnie? _____

Pfizer, Moderna, Medicago, AstraZeneca, ...

Nombre de doses reçues? 1 2

Date première dose reçu (aaaa-mm-jj) _____

Date deuxième dose reçu (aaaa-mm-jj) _____

Est-ce que le participant a eu des effets secondaires? Oui NonVeuillez décrire les effets secondaires. _____

Date de de fin de participation : (aaaa-mm-jj) : _____

Raison de la fin de participation

- Patient décédé
- Retrait de consentement
- Perte de suivi
- Nouveau test PCR positif pour le COVID
- Étude terminée
- Autres

Veuillez préciser : _____

SECTION 2 : Déviations/violations du protocole (doit être remplis par un(e) coordonnateur.trice de l'étudeY a-t-il eu des déviations/violations du protocole? Oui NonToutes les déviations/violations du protocoles ont-elles été correctement documentées? Oui NonCommentaires généraux : _____
