



CASE REPORT FORM (CRF)

Version 03 française

PARTICIPANT HOSPITALISÉ

Hospitalisation

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 ARRIVÉE

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 *	# de participant/randomisation dans le cadre de l'étude (si disponible)

* 1, CONCOR-1 (plasma convalescent); 2, HALO; 3, LOVIT; 4, COVID-19 PEP RCT; 5, COLCORONA; 6, CATCO; 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

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
☐ Opioides ☐ 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?

(Si le participant est un enfant un parent est-il travailleur du milieu de la santé)

☐ Non ☐ Oui ☐ Non spécifié

Le participant est-il un travailleur dans un laboratoire de microbiologie ?

(Si le participant est un enfant, un parent est-il un travailleur dans un laboratoire de microbiologie)

☐ Non ☐ Oui ☐ Non spécifié

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)

Patient 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?	☐ Oui ☐ Non
Asthme?	☐ Oui ☐ Non
Autre problème cardiaque chronique?	☐ Oui ☐ Non
Autre problème neurologique (autre que AVC/AIT)?	☐ Oui ☐ Non
Autres problèmes pulmonaires chroniques?	☐ Oui ☐ Non
AVC antérieur?	☐ Oui ☐ Non
Cancer?	☐ Oui ☐ Non
	Type :
	Métastase(s)? ☐ Oui ☐ Non
	Sous traitement? ☐ Oui ☐ Non
Démence?	☐ Oui ☐ Non
Diabète?	☐ Oui ☐ Non
Fibrillation auriculaire ou flutter?	☐ Oui ☐ Non
HIV ou SIDA?	☐ Oui ☐ Non
Hypertension artérielle (HTA)?	☐ Oui ☐ Non
Hypertension pulmonaire?	☐ Oui ☐ Non
Immunosupprimé?	☐ Oui ☐ Non
Infarctus du myocarde antérieur?	☐ Oui ☐ Non
Insuffisance cardiaque?	☐ Oui ☐ Non
	Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) (de base pré-hospitalisation) %
Maladie coronarienne?	☐ Oui ☐ Non
Maladies hématologiques chroniques?	☐ Oui ☐ Non
Maladie hépatique chronique? (*si décrit au dossier médical)	☐ Oui ☐ Non
Malnutrition? (*si décrit au dossier médical)	☐ Oui ☐ Non
MPOC (Bronchite chronique, emphysème)?	☐ Oui ☐ Non
	☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère ☐ Indéterminée
Obésité? (*si décrit au dossier médical)	☐ Oui ☐ Non
Problèmes psychiatriques?	☐ Oui ☐ Non
Problèmes rénales chroniques?	☐ Oui ☐ Non
	Dialyse? ☐ Oui ☐ Non
Problèmes rhumatologiques?	☐ Oui ☐ Non
Le patient a-t-il d'autres conditions?	☐ Oui ☐ 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	☐ Oui	☐ Non	☐ n/d
Stéroïdes systémiques	☐ Oui	☐ Non	☐ n/d
Anticoagulants	☐ Oui	☐ Non	☐ n/d
Colchicine	☐ Oui	☐ Non	☐ n/d
HGO ou insuline	☐ Oui	☐ Non	☐ n/d
Autre médication immunosuppressive incluant chimiothérapie et médication antirejet	☐ Oui	☐ Non	☐ n/d

Veuillez préciser la médication immunosuppressive _____

Symptômes documentés à l'arrivée au dossier médical

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

Signes vitaux à l'arrivée

Température _____ °C ☐ buccale ☐ axillaire ☐ rectale ☐ tympanique ☐ n/d

Pression systolique/diastolique : _____ / _____ mmHg

Fréquence respiratoire (associé avec la pression ci-dessous) : _____ resp/min

Fréquence cardiaque (associé avec la pression ci-dessous) : _____ batt/min

Saturation d'O₂ à l'air ambiant à l'arrivée _____ % (si disponible)

À l'arrivée, est-ce que le participant est sous oxygénothérapie?
(ou peu de temps après son arrivée) ☐ oui ☐ non

À l'arrivée, saturation d'O₂ en oxygénothérapie _____ % FiO₂ _____ % ou ☐ L/min

Visite d'arrivée - Analyses de laboratoires

Est-ce que des tests de laboratoire ont été faits à l'arrivée? ☐ oui ☐ non

Décompte des globules blancs	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L	☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L	☐ Non mesuré
Créatinine	_____ µmol/L	☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L	☐ Non mesuré
BNP	_____ ng/L	☐ Non mesuré
Sodium Na ⁺	_____ mmol/L	☐ Non mesuré
Potassium K ⁺	_____ mmol/L	☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____ mg/L	☐ Non mesuré
LDH	_____ U/L	☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____ U/L	☐ Non mesuré
Albumine	_____ g/L	☐ Non mesuré
AST	_____ U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____ U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____ µg/L	☐ Non mesuré

Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	μmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	μmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Lactate veineux	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
D-Dimer	Plus grand que ☐	μg/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	μg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré

Fragilité

Le score de fragilité à l'arrivée correspond à son évaluation deux semaines avant l'hospitalisation, si disponible.

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 (rester 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 le lui demande.

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

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Traduit par Philippe Voyer, reproduit avec permission en : Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson EPPI, 753 p.

© 2009. Version 1.2_FR. Tous droits réservés. Recherche en médecine gériatrique, Université Dalhousie, Halifax, Canada. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'enseignement seulement.

Visite d'hospitalisation (+/- 2 jours)

J0 = jour du recrutement

Description de la visite

Visite associée

- ☐ J0 – Premier prélèvement
☐ J2 – Second prélèvement
☐ J7 – Troisième prélèvement
☐ J14 – Quatrième prélèvement
☐ J30 – Cinquième prélèvement

Sang prélevé pour la BQC19?

- ☐ Oui (complété section 1) ☐ Non (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectué pour la BQC19

Est-ce que des prélèvements sanguins de routine ont été prescrit par votre médecin dans le cadre de vos soins cliniques réguliers?

- ☐ Oui ☐ Non

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

Heure du prélèvement sanguin (hh:mm) _____

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 : _____

Signes vitaux

Est-ce que les signes vitaux ont été évalués? ☐ oui ☐ non

Heure de la prise des signes vitaux (hh :mm) _____ *la même journée et près du moment du prélèvement sanguin

Température _____ °C ☐ buccale ☐ axillaire ☐ rectale ☐ tympanique ☐ n/d

Pression systolique/diastolique : _____ / _____ mmHg

Fréquence respiratoire (associé avec la pression ci-dessous): _____ resp/min

Fréquence cardiaque (associé avec la pression ci-dessous) : _____ batt/min

Saturation d'O₂ à l'air ambiant à cette visite _____ % (si disponible)

Au moment du prélèvement, est-ce que le participant est sous oxygénothérapie? ☐ oui ☐ non

Au moment du prélèvement, saturation d'O₂ en oxygénothérapie _____ % FiO₂ _____ % ou ☐ L/min

Échelle AVPU (acronyme anglais) (le plus bas)

- ☐ Conscient
☐ Répond aux commandes verbales
☐ Réagit aux stimuli douloureux
☐ Aucune (sans réaction)
☐ Indéterminée

Score de Glasgow (GCS/15) (score le plus bas) _____ ☐ Indéterminée

Est-ce que le débit urinaire en 24 a été noté? ☐ oui ☐ non

Débit urinaire en 24h _____ ml

Évaluation quotidienne (dans les dernières 24h)

Est-ce qu'une évaluation des gaz artériels a été effectuée? ☐ Oui ☐ Non

PaO₂ (la plus basse sur le niveau d'oxygénothérapie le plus élevé) _____ mmHg

SaO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ %

pH (associé à PaO₂ précédente) _____

PaCO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ mmHg

HCO₃⁻ artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mEq/L

Excès de base artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Lactate artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Support et Thérapies

SECTION 1 : Support respiratoire

Le patient a-t-il reçu ou reçoit-il un support respiratoire? ☐ Oui ☐ Non

Support respiratoire (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Oxygénothérapie par canule/masque
- ☐ Support non invasif par LNHD
- ☐ Support non invasif CPAP/BPAP
- ☐ Support invasif avec ventilation mécanique

SpO₂ (la plus basse associée avec le support le plus élevé) _____ % FiO₂ (en lien avec SpO₂) _____ % ou en L /min

SECTION 2 : Thérapie adjuvante

Le patient a-t-il ou reçoit-il une thérapie adjuvante? ☐ Oui ☐ Non

Si oui (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Vasopresseur/inotrope
- ☐ Positionnement ventral
- ☐ iNO
- ☐ ECMO
- ☐ Support Invasive HFOV (*High-frequency oscillatory ventilation*)
- ☐ Trachéostomie
- ☐ Transfusion de produits sanguins
- ☐ Agents neuro-bloquant
- ☐ Dialyse/hémodiffusion
- ☐ Autre, préciser _____

Laboratoires

(Prendre les 1^{ères} valeurs de la journée)

Est-ce que des test de laboratoire ont été faits pour ce jour? ☐ Oui ☐ Non

Décompte des globules blancs	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	g/L	☐ Non mesuré
Urée	mmol/L	☐ Non mesuré
Créatinine	μmol/L	☐ Non mesuré
NT-proBNP	ng/L	☐ Non mesuré

BNP	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	☐ Non mesuré
LDH	_____	U/L	☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	☐ Non mesuré
Albumine	_____	g/L	☐ Non mesuré
AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjugée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Lactate veineux	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
D-Dimer	Plus grand que ☐	µg/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré

Visite d'hospitalisation (+/- 2 jours)

J0 = jour du recrutement

Description de la visite

Visite associée

- ☐ J0 – Premier prélèvement
☐ J2 – Second prélèvement
☐ J7 – Troisième prélèvement
☐ J14 – Quatrième prélèvement
☐ J30 – Cinquième prélèvement

Sang prélevé pour la BQC19?

- ☐ Oui (complété section 1) ☐ Non (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectué pour la BQC19

Est-ce que des prélèvements sanguins de routine ont été prescrit par votre médecin dans le cadre de vos soins cliniques réguliers? ☐ Oui ☐...Non

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

Heure du prélèvement sanguin (hh:mm) _____

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 : _____

Signes vitaux

Est-ce que les signes vitaux ont été évalués? ☐ oui ☐ non

Heure de la prise des signes vitaux (hh :mm) _____ *la même journée et près du moment du prélèvement sanguin

Température _____ °C ☐ buccale ☐ axillaire ☐ rectale ☐ tympanique ☐ n/d

Pression systolique/diastolique : _____ / _____ mmHg

Fréquence respiratoire (associé avec la pression ci-dessous): _____ resp/min

Fréquence cardiaque (associé avec la pression ci-dessous) : _____ batt/min

Saturation d'O₂ à l'air ambiant à cette visite _____ % (si disponible)

Au moment du prélèvement, est-ce que le participant est sous oxygénothérapie? ☐ oui ☐ non

Au moment du prélèvement, saturation d'O₂ en oxygénothérapie _____ % FiO₂ _____ % ou ☐ L/min

Échelle AVPU (acronyme anglais) (le plus bas)

- ☐ Conscient
☐ Répond aux commandes verbales
☐ Réagit aux stimuli douloureux
☐ Aucune (sans réaction)
☐ Indéterminée

Score de Glasgow (GCS/15) (score le plus bas) _____ ☐ Indéterminée

Est-ce que le débit urinaire en 24 a été noté? ☐ oui ☐ non

Débit urinaire en 24h _____ ml

Évaluation quotidienne (dans les dernières 24h)

Est-ce qu'une évaluation des gaz artériels a été effectuée? ☐ Oui ☐ Non

PaO₂ (la plus basse sur le niveau d'oxygénothérapie le plus élevé) _____ mmHg

SaO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ %

pH (associé à PaO₂ précédente) _____

PaCO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ mmHg

HCO₃⁻ artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mEq/L

Excès de base artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Lactate artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Support et Thérapies

SECTION 1 : Support respiratoire

Le patient a-t-il reçu ou reçoit-il un support respiratoire? ☐ Oui ☐ Non

Support respiratoire (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Oxygénothérapie par canule/masque
- ☐ Support non invasif par LNHD
- ☐ Support non invasif CPAP/BPAP
- ☐ Support invasif avec ventilation mécanique

SpO₂ (la plus basse associée avec le support le plus élevé) _____ % FiO₂ (en lien avec SpO₂) _____ % ou en L /min

SECTION 2 : Thérapie adjuvante

Le patient a-t-il ou reçoit-il une thérapie adjuvante? ☐ Oui ☐ Non

Si oui (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Vasopresseur/inotrope
- ☐ Positionnement ventral
- ☐ iNO
- ☐ ECMO
- ☐ Support Invasive HFOV (*High-frequency oscillatory ventilation*)
- ☐ Trachéostomie
- ☐ Transfusion de produits sanguins
- ☐ Agents neuro-bloquant
- ☐ Dialyse/hémodilution
- ☐ Autre, préciser _____

Laboratoires

(Prendre les 1^{ères} valeurs de la journée)

Est-ce que des test de laboratoire ont été faits pour ce jour? ☐ Oui ☐ Non

Décompte des globules blancs	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L	☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L	☐ Non mesuré
Créatinine	_____ μmol/L	☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L	☐ Non mesuré

BNP	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	☐ Non mesuré
LDH	_____	U/L	☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	☐ Non mesuré
Albumine	_____	g/L	☐ Non mesuré
AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjugée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Lactate veineux	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
D-Dimer	Plus grand que ☐	µg/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré

Visite d'hospitalisation (+/- 2 jours)

J0 = jour du recrutement

Description de la visite

Visite associée

- ☐ J0 – Premier prélèvement
☐ J2 – Second prélèvement
☐ J7 – Troisième prélèvement
☐ J14 – Quatrième prélèvement
☐ J30 – Cinquième prélèvement

Sang prélevé pour la BQC19?

- ☐ Oui (complété section 1) ☐ Non (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectué pour la BQC19

Est-ce que des prélèvements sanguins de routine ont été prescrit par votre médecin dans le cadre de vos soins cliniques réguliers? ☐ Oui ☐...Non

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

Heure du prélèvement sanguin (hh:mm) _____

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 : _____

Signes vitaux

Est-ce que les signes vitaux ont été évalués? ☐ oui ☐ non

Heure de la prise des signes vitaux (hh :mm) _____ *la même journée et près du moment du prélèvement sanguin

Température _____ °C ☐ buccale ☐ axillaire ☐ rectale ☐ tympanique ☐ n/d

Pression systolique/diastolique : _____ / _____ mmHg

Fréquence respiratoire (associé avec la pression ci-dessous): _____ resp/min

Fréquence cardiaque (associé avec la pression ci-dessous) : _____ batt/min

Saturation d'O₂ à l'air ambiant à cette visite _____ % (si disponible)

Au moment du prélèvement, est-ce que le participant est sous oxygénothérapie? ☐ oui ☐ non

Au moment du prélèvement, saturation d'O₂ en oxygénothérapie _____ % FiO₂ _____ % ou ☐ L/min

Échelle AVPU (acronyme anglais) (le plus bas) ☐ Conscient
☐ Répond aux commandes verbales
☐ Réagit aux stimuli douloureux
☐ Aucune (sans réaction)
☐ Indéterminée

Score de Glasgow (GCS/15) (score le plus bas) _____ ☐ Indéterminée

Est-ce que le débit urinaire en 24 a été noté? ☐ oui ☐ non

Débit urinaire en 24h _____ ml

Évaluation quotidienne (dans les dernières 24h)

Est-ce qu'une évaluation des gaz artériels a été effectuée? ☐ Oui ☐ Non

PaO₂ (la plus basse sur le niveau d'oxygénothérapie le plus élevé) _____ mmHg

SaO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ %

pH (associé à PaO₂ précédente) _____

PaCO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ mmHg

HCO₃⁻ artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mEq/L

Excès de base artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Lactate artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Support et Thérapies

SECTION 1 : Support respiratoire

Le patient a-t-il reçu ou reçoit-il un support respiratoire? ☐ Oui ☐ Non

Support respiratoire (plusieurs choix possibles) :

☐ Oxygénothérapie par canule/masque

☐ Support non invasif par LNHD

☐ Support non invasif CPAP/BPAP

☐ Support invasif avec ventilation mécanique

SpO₂ (la plus basse associée avec le support le plus élevé) _____ % FiO₂ (en lien avec SpO₂) _____ % ou en L /min

SECTION 2 : Thérapie adjuvante

Le patient a-t-il ou reçoit-il une thérapie adjuvante? ☐ Oui ☐ Non

Si oui (plusieurs choix possibles) :

☐ Vasopresseur/inotrope

☐ Positionnement ventral

☐ iNO

☐ ECMO

☐ Support Invasive HFOV (*High-frequency oscillatory ventilation*)

☐ Trachéostomie

☐ Transfusion de produits sanguins

☐ Agents neuro-bloquant

☐ Dialyse/hémodilution

☐ Autre, préciser _____

Laboratoires

(Prendre les 1^{ères} valeurs de la journée)

Est-ce que des test de laboratoire ont été faits pour ce jour? ☐ Oui ☐ Non

Décompte des globules blancs	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	g/L	☐ Non mesuré
Urée	mmol/L	☐ Non mesuré
Créatinine	μmol/L	☐ Non mesuré
NT-proBNP	ng/L	☐ Non mesuré

BNP	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	☐ Non mesuré
LDH	_____	U/L	☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	☐ Non mesuré
Albumine	_____	g/L	☐ Non mesuré
AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjugée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Lactate veineux	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
D-Dimer	Plus grand que ☐	µg/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré

Visite d'hospitalisation (+/- 2 jours)

J0 = jour du recrutement

Description de la visite

Visite associée

- ☐ J0 – Premier prélèvement
☐ J2 – Second prélèvement
☐ J7 – Troisième prélèvement
☐ J14 – Quatrième prélèvement
☐ J30 – Cinquième prélèvement

Sang prélevé pour la BQC19?

- ☐ Oui (complété section 1) ☐ Non (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectué pour la BQC19

Est-ce que des prélèvements sanguins de routine ont été prescrit par votre médecin dans le cadre de vos soins cliniques réguliers? ☐ Oui ☐...Non

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

Heure du prélèvement sanguin (hh:mm) _____

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 : _____

Signes vitaux

Est-ce que les signes vitaux ont été évalués? ☐ oui ☐ non

Heure de la prise des signes vitaux (hh :mm) _____ *la même journée et près du moment du prélèvement sanguin

Température _____ °C ☐ buccale ☐ axillaire ☐ rectale ☐ tympanique ☐ n/d

Pression systolique/diastolique : _____ / _____ mmHg

Fréquence respiratoire (associé avec la pression ci-dessous): _____ resp/min

Fréquence cardiaque (associé avec la pression ci-dessous) : _____ batt/min

Saturation d'O₂ à l'air ambiant à cette visite _____ % (si disponible)

Au moment du prélèvement, est-ce que le participant est sous oxygénothérapie? ☐ oui ☐ non

Au moment du prélèvement, saturation d'O₂ en oxygénothérapie _____ % FiO₂ _____ % ou ☐ L/min

Échelle AVPU (acronyme anglais) (le plus bas) ☐ Conscient
☐ Répond aux commandes verbales
☐ Réagit aux stimuli douloureux
☐ Aucune (sans réaction)
☐ Indéterminée

Score de Glasgow (GCS/15) (score le plus bas) _____ ☐ Indéterminée

Est-ce que le débit urinaire en 24 a été noté? ☐ oui ☐ non

Débit urinaire en 24h _____ ml

Évaluation quotidienne (dans les dernières 24h)

Est-ce qu'une évaluation des gaz artériels a été effectuée? ☐ Oui ☐ Non

PaO₂ (la plus basse sur le niveau d'oxygénothérapie le plus élevé) _____ mmHg

SaO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ %

pH (associé à PaO₂ précédente) _____

PaCO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ mmHg

HCO₃⁻ artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mEq/L

Excès de base artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Lactate artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Support et Thérapies

SECTION 1 : Support respiratoire

Le patient a-t-il reçu ou reçoit-il un support respiratoire? ☐ Oui ☐ Non

Support respiratoire (plusieurs choix possibles) :

☐ Oxygénothérapie par canule/masque

☐ Support non invasif par LNHD

☐ Support non invasif CPAP/BPAP

☐ Support invasif avec ventilation mécanique

SpO₂ (la plus basse associée avec le support le plus élevé) _____ % FiO₂ (en lien avec SpO₂) _____ % ou en L /min

SECTION 2 : Thérapie adjuvante

Le patient a-t-il ou reçoit-il une thérapie adjuvante? ☐ Oui ☐ Non

Si oui (plusieurs choix possibles) :

☐ Vasopresseur/inotrope

☐ Positionnement ventral

☐ iNO

☐ ECMO

☐ Support Invasive HFOV (*High-frequency oscillatory ventilation*)

☐ Trachéostomie

☐ Transfusion de produits sanguins

☐ Agents neuro-bloquant

☐ Dialyse/hémodiffusion

☐ Autre, préciser _____

Laboratoires

(Prendre les 1^{ères} valeurs de la journée)

Est-ce que des test de laboratoire ont été faits pour ce jour? ☐ Oui ☐ Non

Décompte des globules blancs	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	g/L	☐ Non mesuré
Urée	mmol/L	☐ Non mesuré
Créatinine	μmol/L	☐ Non mesuré
NT-proBNP	ng/L	☐ Non mesuré

BNP	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	☐ Non mesuré
LDH	_____	U/L	☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	☐ Non mesuré
Albumine	_____	g/L	☐ Non mesuré
AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjugée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Lactate veineux	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
D-Dimer	Plus grand que ☐	µg/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré

Visite d'hospitalisation (+/- 2 jours)

J0 = jour du recrutement

Description de la visite

Visite associée

- ☐ J0 – Premier prélèvement
☐ J2 – Second prélèvement
☐ J7 – Troisième prélèvement
☐ J14 – Quatrième prélèvement
☐ J30 – Cinquième prélèvement

Sang prélevé pour la BQC19?

- ☐ Oui (complété section 1) ☐ Non (complété section 2)

SECTION 1 : prélèvements effectué pour la BQC19

Est-ce que des prélèvements sanguins de routine ont été prescrit par votre médecin dans le cadre de vos soins cliniques réguliers? ☐ Oui ☐...Non

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

Heure du prélèvement sanguin (hh:mm) _____

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 : _____

Signes vitaux

Est-ce que les signes vitaux ont été évalués? ☐ oui ☐ non

Heure de la prise des signes vitaux (hh :mm) _____ *la même journée et près du moment du prélèvement sanguin

Température _____ °C ☐ buccale ☐ axillaire ☐ rectale ☐ tympanique ☐ n/d

Pression systolique/diastolique : _____ / _____ mmHg

Fréquence respiratoire (associé avec la pression ci-dessous): _____ resp/min

Fréquence cardiaque (associé avec la pression ci-dessous) : _____ batt/min

Saturation d'O₂ à l'air ambiant à cette visite _____ % (si disponible)

Au moment du prélèvement, est-ce que le participant est sous oxygénothérapie? ☐ oui ☐ non

Au moment du prélèvement, saturation d'O₂ en oxygénothérapie _____ % FiO₂ _____ % ou ☐ L/min

Échelle AVPU (acronyme anglais) (le plus bas)

- ☐ Conscient
☐ Répond aux commandes verbales
☐ Réagit aux stimuli douloureux
☐ Aucune (sans réaction)
☐ Indéterminée

Score de Glasgow (GCS/15) (score le plus bas) _____ ☐ Indéterminée

Est-ce que le débit urinaire en 24 a été noté? ☐ oui ☐ non

Débit urinaire en 24h _____ ml

Évaluation quotidienne (dans les dernières 24h)

Est-ce qu'une évaluation des gaz artériels a été effectuée? ☐ Oui ☐ Non

PaO₂ (la plus basse sur le niveau d'oxygénothérapie le plus élevé) _____ mmHg

SaO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ %

pH (associé à PaO₂ précédente) _____

PaCO₂ (associé à PaO₂ précédente) _____ mmHg

HCO₃⁻ artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mEq/L

Excès de base artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Lactate artérielle (associé à PaO₂ précédente) _____ mmol/L

Support et Thérapies

SECTION 1 : Support respiratoire

Le patient a-t-il reçu ou reçoit-il un support respiratoire? ☐ Oui ☐ Non

Support respiratoire (plusieurs choix possibles) :

☐ Oxygénothérapie par canule/masque

☐ Support non invasif par LNHD

☐ Support non invasif CPAP/BPAP

☐ Support invasif avec ventilation mécanique

SpO₂ (la plus basse associée avec le support le plus élevé) _____ % FiO₂ (en lien avec SpO₂) _____ % ou en L /min

SECTION 2 : Thérapie adjuvante

Le patient a-t-il ou reçoit-il une thérapie adjuvante? ☐ Oui ☐ Non

Si oui (plusieurs choix possibles) :

☐ Vasopresseur/inotrope

☐ Positionnement ventral

☐ iNO

☐ ECMO

☐ Support Invasive HFOV (*High-frequency oscillatory ventilation*)

☐ Trachéostomie

☐ Transfusion de produits sanguins

☐ Agents neuro-bloquant

☐ Dialyse/hémodilution

☐ Autre, préciser _____

Laboratoires

(Prendre les 1^{ères} valeurs de la journée)

Est-ce que des test de laboratoire ont été faits pour ce jour? ☐ Oui ☐ Non

Décompte des globules blancs	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	%	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	%	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	g/L	☐ Non mesuré
Urée	mmol/L	☐ Non mesuré
Créatinine	μmol/L	☐ Non mesuré
NT-proBNP	ng/L	☐ Non mesuré

BNP	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Potassium K+	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____	mg/L	☐ Non mesuré
LDH	_____	U/L	☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____	U/L	☐ Non mesuré
Albumine	_____	g/L	☐ Non mesuré
AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjugée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Lactate veineux	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
D-Dimer	Plus grand que ☐	µg/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré

VISITE CONGÉ

Résumé hospitalier

Date à l'arrivée à l'hôpital (aaaa-mm-jj) :

Heure (hh:mm) :

Visite à l'urgence seulement?

☐ Oui ☐ Non

Admission à l'hôpital?

☐ Oui ☐ Non

Date à d'admission à l'hôpital (aaaa-mm-jj) :

Heure (hh:mm) :

Est-ce un transfert d'un autre établissement?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom d'établissement :

Date d'arrivée à l'établissement source (aaaa-mm-jj) :

☐ Date inconnue

Admission aux soins intensif?

☐ Oui ☐ Non

Date d'admission aux soins intensifs (si applicable) (aaaa-mm-jj)

Date de congé aux soins intensifs (si applicable) (aaaa-mm-jj)

Date de congé de l'hôpital (aaaa-mm-jj)

Statut lors du congé :

☐ Vivant
☐ Décédé

Disposition :

☐ Maison
☐ Transfert dans un autre hôpital
☐ Transfert dans un centre de réhabilitation/convallescence
☐ Transfert dans un CHSLD

Habilité à prendre soin de soi au moment du départ de l'hôpital vs pré-COVID :

☐ Moins ☐ Semblable ☐ Mieux ☐ Indéterminé

Dernier niveau de soins :

☐ Prolonger la vie par tous les soins nécessaires (A)
☐ Prolonger la vie par des soins limités (B)
☐ Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie (C)
☐ Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie (D)
☐ Non documenté

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

Complications durant l'hospitalisation

Accident ischémique transitoire?	☐ Oui ☐ Non
Anémie?	☐ Oui ☐ Non
Arrêt cardiaque?	☐ Oui ☐ Non
Autre type d'arythmie cardiaque?	☐ Oui ☐ Non
AVC?	☐ Oui ☐ Non
Bactériémie?	☐ Oui ☐ Non
Bronchiolite?	☐ Oui ☐ Non
Convulsions?	☐ Oui ☐ Non
Dysfonction hépatique?	☐ Oui ☐ Non
Embolie pulmonaire?	☐ Oui ☐ Non
Endocardite?	☐ Oui ☐ Non
Épanchement pleural?	☐ Oui ☐ Non
Fibrillation auriculaire (FA) /Flutter?	☐ Oui ☐ Non

Fibrillation/Tachycardie ventriculaire?	☐ Oui ☐ Non
Fonction ventriculaire gauche?	☐ Normale ☐ Réduite ☐ Non évalué
	LVEF : _____ %
Hémorragie gastro-intestinale?	☐ Oui ☐ Non
Hyperglycémie?	☐ Oui ☐ Non
Hypoglycémie?	☐ Oui ☐ Non
Insuffisance cardiaque décompensée?	☐ Oui ☐ Non
Insuffisance rénale aigue? (Augmentation de 1.5x de la créatinine dans le sérum ou diminution de 25% du DFG)	☐ Oui ☐ Non
Ischémie cardiaque NSTEMI?	☐ Oui ☐ Non
Ischémie cardiaque STEMI?	☐ Oui ☐ Non
Méningite / Encéphalite?	☐ Oui ☐ Non
Myocardite?	☐ Oui ☐ Non
Pancréatite?	☐ Oui ☐ Non
Péricardite?	☐ Oui ☐ Non
Pneumonie bactérienne?	☐ Oui ☐ Non
Pneumonie organisée cryptogénique (POC)?	☐ Oui ☐ Non
Pneumonie virale?	☐ Oui ☐ Non
Pneumothorax?	☐ Oui ☐ Non
Rhabdomyolyse / Myosite?	☐ Oui ☐ Non
Syndrome de détresse respiratoire aigue?	☐ Oui ☐ Non
	Si oui spécifier la sévérité (Échelle de Berlin adulte ; coché non documenté pour enfant car échelle PALICC) : ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère ☐ Indéterminée
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	☐ Oui ☐ Non
Trouble de la coagulation/coagulation intravasculaire disséminée?	☐ Oui ☐ Non
Autre(s) complication (s)?	☐ Oui ☐ Non
Spécifier :	Spécifier :
Spécifier :	Spécifier :
Spécifier :	Spécifier :

Tests et traitements

SECTION 1 : Autres tests de pathogènes

Infection virale positive documentée durant l'hospitalisation ☐ Oui ☐ Non

Si oui spécifier virus (plusieurs choix possibles)

☐ Adénovirus ☐ Influenza ☐ RSV ☐ Parainfluenza ☐ Rhinovirus/entérovirus ☐ Métapneumovirus
☐ Autre, spécifier _____

Culture bactérienne positive documentée durant l'hospitalisation ☐ Oui ☐ Non

Si oui spécifier virus (plusieurs choix possibles)

[illegible]

SECTION 2 : Autres tests effectués durant l'hospitalisation

Angiographie coronarienne (cathétérisme cardiaque)	☐ Oui ☐ Non
Échographie au point d'intervention (POCUS)	☐ Oui ☐ Non
Échocardiogramme/ Échographie cardiaque	☐ Oui ☐ Non
ECG	☐ Oui ☐ Non
Intervention coronarienne percutané (stent)	☐ Oui ☐ Non
Radiographie des poumons	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de l'abdomen	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie thorax	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de la tête	☐ Oui ☐ Non
Autres tests d'imagerie	☐ Oui ☐ Non

SECTION 3 : Traitements durant l'hospitalisation (à tout moment durant l'hospitalisation)

Support respiratoire : ☐ Oui ☐ Non

Oxygénothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Nbre de jour _____

Si oui (plusieurs choix possibles) : ☐ Support non invasif par canule/masque

Nbre de jour _____

☐ Support non invasif CPAP/BPAP

Nbre de jour _____

☐ Support non invasif par LNHD

Nbre de jour _____

☐ Support invasif avec ventilation mécanique

Nbre de jour _____

SpO₂ (la plus basse associée avec le support le plus élevé) _____ %

FiO₂ (en lien avec SpO₂) _____ % ou en L /min

Thérapie adjuvante durant l'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Si oui (plusieurs choix possibles) : ☐ Vasopresseur/inotrope

Nbre de jour _____

☐ Positionnement ventral

☐ iNO

☐ ECMO

☐ Support invasif HFOV (*High-frequency oscillatory ventilation*)

☐ Trachéostomie

☐ Transfusion de produits sanguins

☐ Agents neuro-bloquant

☐ Dialyse/hémodilution

☐ Autre, préciser _____

SECTION 4 : Médication durant l'hospitalisation

☐ Remdesivir

☐ Ribavirin

☐ Lopinavir/Ritonavir ("Kaletra")

☐ Interferon alpha

☐ Interferon beta

☐ Neuraminidase inh.

☐ Autre antiviral : _____

☐ Azithromycin ("Zithromax")

☐ Autre antibiotique : _____

☐ Antifongique _____

☐ Corticostéroïde systémique

☐ Hydroxychloroquine ("Plaquenil")

☐ Chloroquine ("Aralen")

☐ Ivermectin ("Stromectol")

☐ Tocilizumab ("Actemra")

Site : _____

N° de participant Biobanque
Biobank participant ID _____

- ☐ Sarilumab ("Kevzara")
- ☐ Kineret ("Anakinra")
- ☐ Autre immunomodulateur: _____
- ☐ Colchicine
- ☐ Plasma convalescent
- ☐ Cellules souches / cellules T éduquées
- ☐ IVIG
- ☐ Autre pour COVID-19 : _____

Laboratoires

Prendre la valeur la plus haute ou la plus basse de l'hospitalisation tel qu'indiqué

	Date (aaaa-mm-jj)			
Décompte des globules blancs (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	Valeur relative	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes (valeur la plus BASSE)	_____	_____	Valeur relative	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	Valeur relative	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	Valeur relative	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	Valeur relative	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes (valeur la plus BASSE)	_____	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine (valeur la plus BASSE)	_____	_____	g/L	☐ Non mesuré
Urée (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Créatinine (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	μmol/L	☐ Non mesuré
NT-proBNP (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	ng/L	☐ Non mesuré
BNP (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Sodium Na+ (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Potassium K+ (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	mg/L	☐ Non mesuré
LDH (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	U/L	☐ Non mesuré
CPK (CK) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	U/L	☐ Non mesuré
Albumine (valeur la plus BASSE)	_____	_____	g/L	☐ Non mesuré
AST (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	μg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	ng/L	☐ Non mesuré

Site : _____

N° de participant Biobanque
Biobank participant ID _____

	Date (aaaa-mm-jj)		
Troponine I hs (high sensitivity) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	ng/L ☐ Non mesuré
Troponine T (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	ng/L ☐ Non mesuré
Troponine I (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	ng/L ☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	sec ☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	☐ Non mesuré
Triglycérides (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	mmol/L ☐ Non mesuré
Bilirubine totale (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	μmol/L ☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée) (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	μmol/L ☐ Non mesuré
Glucose (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	mmol/L ☐ Non mesuré
Lactate (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	mmol/L ☐ Non mesuré
D-Dimer (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	μg/L ☐ Non mesuré
Fibrinogène (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	g/L ☐ Non mesuré
Ferritine (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	μg/L ☐ Non mesuré
IL-6 (valeur la plus HAUTE)	_____	_____	ng/L ☐ Non mesuré
CD4 (valeur la plus BASSE)	_____	_____	x 10 ⁹ /L ☐ Non mesuré
CD8 (valeur la plus BASSE)	_____	_____	x 10 ⁹ /L ☐ Non mesuré

Plus grand que ☐



CASE REPORT FORM (CRF)

Version 03 française

PARTICIPANT HOSPITALISÉ

SUIVI POST HOSPITALISATION

(Ces visites se font x jours suivant le congé hospitalier)

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

Rash ou éruption cutanée?	☐ Oui ☐ Non
Rhinorrhée?	☐ Oui ☐ Non
Sibilances / sifflement / stridor?	☐ Oui ☐ Non
Toux?	☐ Oui ☐ Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	☐ Oui ☐ 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?	Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur) _____%
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?	☐	☐
Autre types d'arythmie cardiaque?	☐	☐
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	☐	☐
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	☐	☐
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	☐	☐
Fonction ventriculaire gauche?	☐	☐
Insuffisance cardiaque décompensée?	☐	☐
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	☐	☐
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	☐	☐
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	☐	☐

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?	☐	☐
Bronchiolite?	☐	☐
Embolie pulmonaire?	☐	☐

Épanchement pleural?	☐	☐
Maladie interstielle pulmonaire?	☐	☐
MPOC?	☐	☐
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	☐	☐
Pneumothorax?	☐	☐
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	☐	☐

Complications **rénales**? ☐ 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
Insuffisance rénale aigue?	☐	☐

Complications **neurologiques**? ☐ 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
Accident ischémique transitoire (ACV)?	☐	☐
Convulsion?	☐	☐
Méningite / encéphalite?	☐	☐
Insomnie?	☐	☐
Difficulté de concentration?	☐	☐
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	☐	☐

Complications **psychiatriques**? ☐ 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
Dépression?	☐	☐
Anxiété?	☐	☐
Saute d'humeur?	☐	☐

Complications gastro-intestinales?	☐ 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												
	<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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	☐	☐	Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐	Pancréatite?	☐	☐
	Non	Oui											
Dysfonction hépatique?	☐	☐											
Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐											
Pancréatite?	☐	☐											

Complications du système endocrinien?	☐ 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									
	<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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	☐	☐	Hypoglycémie?	☐	☐
	Non	Oui								
Hyperglycémie?	☐	☐								
Hypoglycémie?	☐	☐								

Autres complications?	☐ 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																					
	<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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	☐	☐	Bactériémie?	☐	☐	Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐	Autres	☐	☐						
	Non	Oui																				
Anémie?	☐	☐																				
Bactériémie?	☐	☐																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐																				
Autres	☐	☐																				

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?	☐ Oui ☐ Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	☐ Oui ☐ Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie thorax?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de la tête?	☐ Oui ☐ Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	☐ Oui ☐ Non
Métacholine?	☐ Oui ☐ Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	☐ Oui ☐ 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		☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L		☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L		☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Créatinine	_____ µmol/L		☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
BNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Potassium K+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____ mg/L		☐ Non mesuré
LDH	_____ U/L		☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____ U/L		☐ Non mesuré
Albumine	_____ g/L		☐ Non mesuré

AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ 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 (rester en position debout ou nécessité 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 le lui demande.

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

*1. Canadian Study on Health & Aging, Rowland 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;330:459-465.

Traduit par Philippe Veys, révisé avec l'aide de la version 2.0 (2013), Soins infirmiers aux aînés en pratique d'urgence, 2e édition, Saint-Jean. *Parole* 199, 733 p.

© 2009, version 1.2. PH. 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.

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

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

Rash ou éruption cutanée?	☐ Oui ☐ Non
Rhinorrhée?	☐ Oui ☐ Non
Sibilances / sifflement / stridor?	☐ Oui ☐ Non
Toux?	☐ Oui ☐ Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	☐ Oui ☐ 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?	☐	☐
Autre types d'arythmie cardiaque?	☐	☐
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	☐	☐
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	☐	☐
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	☐	☐
Fonction ventriculaire gauche?	☐	☐
Insuffisance cardiaque décompensée?	☐	☐
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	☐	☐
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	☐	☐
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	☐	☐

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?	☐	☐
Bronchiolite?	☐	☐
Embolie pulmonaire?	☐	☐

Épanchement pleural?	☐	☐
Maladie interstielle pulmonaire?	☐	☐
MPOC?	☐	☐
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	☐	☐
Pneumothorax?	☐	☐
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	☐	☐

Complications **rénales**? ☐ 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
Insuffisance rénale aigue?	☐	☐

Complications **neurologiques**? ☐ 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
Accident ischémique transitoire (ACV)?	☐	☐
Convulsion?	☐	☐
Méningite / encéphalite?	☐	☐
Insomnie?	☐	☐
Difficulté de concentration?	☐	☐
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	☐	☐

Complications **psychiatriques**? ☐ 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
Dépression?	☐	☐
Anxiété?	☐	☐
Saute d'humeur?	☐	☐

Complications gastro-intestinales?	☐ 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												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	☐	☐	Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐	Pancréatite?	☐	☐
	Non	Oui											
Dysfonction hépatique?	☐	☐											
Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐											
Pancréatite?	☐	☐											

Complications du système endocrinien?	☐ 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									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	☐	☐	Hypoglycémie?	☐	☐
	Non	Oui								
Hyperglycémie?	☐	☐								
Hypoglycémie?	☐	☐								

Autres complications?	☐ 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																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	☐	☐	Bactériémie?	☐	☐	Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐	Autres	☐	☐						
	Non	Oui																				
Anémie?	☐	☐																				
Bactériémie?	☐	☐																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐																				
Autres	☐	☐																				

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?	☐ Oui ☐ Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	☐ Oui ☐ Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie thorax?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de la tête?	☐ Oui ☐ Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	☐ Oui ☐ Non
Métacholine?	☐ Oui ☐ Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	☐ Oui ☐ 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		☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L		☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L		☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Créatinine	_____ µmol/L		☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
BNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Potassium K+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____ mg/L		☐ Non mesuré
LDH	_____ U/L		☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____ U/L		☐ Non mesuré
Albumine	_____ g/L		☐ Non mesuré

AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ 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 (rester en position debout ou nécessité 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 le lui demande.

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

*1. Canadian Study on Health & Aging, Rowland 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;330:459-465.

Traduit par Philippe Veys, révisé avec l'aide de la version 5 (2013), *Salut infirmière aux aînés* en partenariat avec le Réseau Santé Aînés. Version 199, 723 p.

© 2009, version 1.2. PH. 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.

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

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

Rash ou éruption cutanée?	☐ Oui ☐ Non
Rhinorrhée?	☐ Oui ☐ Non
Sibilances / sifflement / stridor?	☐ Oui ☐ Non
Toux?	☐ Oui ☐ Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	☐ Oui ☐ 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?	Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur) _____%
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?	☐	☐
Autre types d'arythmie cardiaque?	☐	☐
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	☐	☐
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	☐	☐
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	☐	☐
Fonction ventriculaire gauche?	☐	☐
Insuffisance cardiaque décompensée?	☐	☐
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	☐	☐
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	☐	☐
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	☐	☐

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?	☐	☐
Bronchiolite?	☐	☐
Embolie pulmonaire?	☐	☐

Épanchement pleural?	☐	☐
Maladie interstielle pulmonaire?	☐	☐
MPOC?	☐	☐
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	☐	☐
Pneumothorax?	☐	☐
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	☐	☐

Complications **rénales**? ☐ 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
Insuffisance rénale aigue?	☐	☐

Complications **neurologiques**? ☐ 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
Accident ischémique transitoire (ACV)?	☐	☐
Convulsion?	☐	☐
Méningite / encéphalite?	☐	☐
Insomnie?	☐	☐
Difficulté de concentration?	☐	☐
Problème de mémoire (<i>Brain Frog</i>)?	☐	☐

Complications **psychiatriques**? ☐ 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
Dépression?	☐	☐
Anxiété?	☐	☐
Saute d'humeur?	☐	☐

Complications gastro-intestinales?	☐ Oui (compléter la section) ☐ Non (passer au suivant)												
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	☐ Apparue récemment et directement liée à l'épisode COVID-19 ☐ Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore ☐ Non liée à l'infection par le SARS-CoV-2 ☐ 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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	☐	☐	Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐	Pancréatite?	☐	☐
	Non	Oui											
Dysfonction hépatique?	☐	☐											
Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐											
Pancréatite?	☐	☐											

Complications du système endocrinien?	☐ Oui (compléter la section) ☐ Non (passer au suivant)									
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	☐ Apparue récemment et directement liée à l'épisode COVID-19 ☐ Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore ☐ Non liée à l'infection par le SARS-CoV-2 ☐ 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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	☐	☐	Hypoglycémie?	☐	☐
	Non	Oui								
Hyperglycémie?	☐	☐								
Hypoglycémie?	☐	☐								

Autres complications?	☐ Oui (compléter la section) ☐ Non (passer au suivant)																					
Relation avec l'infection SARS-CoV-2	☐ Apparue récemment et directement liée à l'épisode COVID-19 ☐ Pathologie déjà présente mais qui s'aggrave / se détériore ☐ Non liée à l'infection par le SARS-CoV-2 ☐ 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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	☐	☐	Bactériémie?	☐	☐	Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐	Autres	☐	☐						
	Non	Oui																				
Anémie?	☐	☐																				
Bactériémie?	☐	☐																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐																				
Autres	☐	☐																				

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?	☐ Oui ☐ Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	☐ Oui ☐ Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie thorax?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de la tête?	☐ Oui ☐ Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	☐ Oui ☐ Non
Métacholine?	☐ Oui ☐ Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	☐ Oui ☐ 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		☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L		☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L		☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Créatinine	_____ µmol/L		☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
BNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Potassium K+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____ mg/L		☐ Non mesuré
LDH	_____ U/L		☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____ U/L		☐ Non mesuré
Albumine	_____ g/L		☐ Non mesuré

AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ 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 (rester en position debout ou nécessité 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 le lui demande.

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

*1. Canadian Study on Health & Aging, Rouleau 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;330:459-465.

Traduit par Philippe Veys, révisé avec l'aide de la version 5 (2013), *Salut infirmière aux aînés* en partenariat avec le Réseau Santé Aînés. Version 199, 723 p.

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

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

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

Rash ou éruption cutanée?	☐ Oui ☐ Non
Rhinorrhée?	☐ Oui ☐ Non
Sibilances / sifflement / stridor?	☐ Oui ☐ Non
Toux?	☐ Oui ☐ Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	☐ Oui ☐ 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?	☐	☐
Autre types d'arythmie cardiaque?	☐	☐
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	☐	☐
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	☐	☐
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	☐	☐
Fonction ventriculaire gauche?	☐	☐
Insuffisance cardiaque décompensée?	☐	☐
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	☐	☐
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	☐	☐
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	☐	☐

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?	☐	☐
Bronchiolite?	☐	☐
Embolie pulmonaire?	☐	☐

Épanchement pleural?	☐	☐
Maladie interstielle pulmonaire?	☐	☐
MPOC?	☐	☐
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	☐	☐
Pneumothorax?	☐	☐
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	☐	☐

Complications **rénales**? ☐ 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
Insuffisance rénale aigue?	☐	☐

Complications **neurologiques**? ☐ 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
Accident ischémique transitoire (ACV)?	☐	☐
Convulsion?	☐	☐
Méningite / encéphalite?	☐	☐
Insomnie?	☐	☐
Difficulté de concentration?	☐	☐
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	☐	☐

Complications **psychiatriques**? ☐ 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
Dépression?	☐	☐
Anxiété?	☐	☐
Saute d'humeur?	☐	☐

Complications gastro-intestinales?	☐ 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												
	<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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	☐	☐	Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐	Pancréatite?	☐	☐
	Non	Oui											
Dysfonction hépatique?	☐	☐											
Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐											
Pancréatite?	☐	☐											

Complications du système endocrinien?	☐ 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									
	<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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	☐	☐	Hypoglycémie?	☐	☐
	Non	Oui								
Hyperglycémie?	☐	☐								
Hypoglycémie?	☐	☐								

Autres complications?	☐ 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																					
	<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;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	☐	☐	Bactériémie?	☐	☐	Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐	Autres	☐	☐						
	Non	Oui																				
Anémie?	☐	☐																				
Bactériémie?	☐	☐																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐																				
Autres	☐	☐																				

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?	☐ Oui ☐ Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	☐ Oui ☐ Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie thorax?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de la tête?	☐ Oui ☐ Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	☐ Oui ☐ Non
Métacholine?	☐ Oui ☐ Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	☐ Oui ☐ 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		☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L		☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L		☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Créatinine	_____ µmol/L		☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
BNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Potassium K+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____ mg/L		☐ Non mesuré
LDH	_____ U/L		☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____ U/L		☐ Non mesuré
Albumine	_____ g/L		☐ Non mesuré

AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ 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 (rester en position debout ou nécessité 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 le lui demande.

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

*1. Canadian Study on Health & Aging, Rowland 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;330:459-465.

Traduit par Philippe Veys, révisé avec l'aide de la version 5 (2013), *Salut infirmière aux aînés* en partenariat avec le Réseau Santé Aînés. Version 199, 723 p.

© 2009, version 1.2 FR. 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.

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

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 effectué 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

Qui a répondu au questionnaire?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

☐ Participant

☐ Représentant légal

☐ Professionnel de la santé

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

Rash ou éruption cutanée?	☐ Oui ☐ Non
Rhinorrhée?	☐ Oui ☐ Non
Sibilances / sifflement / stridor?	☐ Oui ☐ Non
Toux?	☐ Oui ☐ Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	☐ Oui ☐ 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?	☐	☐
Autre types d'arythmie cardiaque?	☐	☐
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	☐	☐
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	☐	☐
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	☐	☐
Fonction ventriculaire gauche?	☐	☐
Insuffisance cardiaque décompensée?	☐	☐
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	☐	☐
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	☐	☐
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	☐	☐

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?	☐	☐
Bronchiolite?	☐	☐
Embolie pulmonaire?	☐	☐

Épanchement pleural?	☐	☐
Maladie interstielle pulmonaire?	☐	☐
MPOC?	☐	☐
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	☐	☐
Pneumothorax?	☐	☐
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	☐	☐

Complications **rénales**? ☐ 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
Insuffisance rénale aigue?	☐	☐

Complications **neurologiques**? ☐ 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
Accident ischémique transitoire (ACV)?	☐	☐
Convulsion?	☐	☐
Méningite / encéphalite?	☐	☐
Insomnie?	☐	☐
Difficulté de concentration?	☐	☐
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	☐	☐

Complications **psychiatriques**? ☐ 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
Dépression?	☐	☐
Anxiété?	☐	☐
Saute d'humeur?	☐	☐

Complications gastro-intestinales?	☐ 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												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysfonction hépatique?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hémorragie gastro-intestinale?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Pancréatite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Dysfonction hépatique?	☐	☐	Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐	Pancréatite?	☐	☐
	Non	Oui											
Dysfonction hépatique?	☐	☐											
Hémorragie gastro-intestinale?	☐	☐											
Pancréatite?	☐	☐											

Complications du système endocrinien?	☐ 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									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hyperglycémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Hypoglycémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Hyperglycémie?	☐	☐	Hypoglycémie?	☐	☐
	Non	Oui								
Hyperglycémie?	☐	☐								
Hypoglycémie?	☐	☐								

Autres complications?	☐ 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																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Bactériémie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Rhabdomyolyse / Myosite?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Non	Oui	Anémie?	☐	☐	Bactériémie?	☐	☐	Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐	Autres	☐	☐						
	Non	Oui																				
Anémie?	☐	☐																				
Bactériémie?	☐	☐																				
Rhabdomyolyse / Myosite?	☐	☐																				
Autres	☐	☐																				

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?	☐ Oui ☐ Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	☐ Oui ☐ Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie thorax?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de la tête?	☐ Oui ☐ Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	☐ Oui ☐ Non
Métacholine?	☐ Oui ☐ Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	☐ Oui ☐ 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		☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L		☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L		☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Créatinine	_____ µmol/L		☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
BNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Potassium K+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____ mg/L		☐ Non mesuré
LDH	_____ U/L		☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____ U/L		☐ Non mesuré
Albumine	_____ g/L		☐ Non mesuré

AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ 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 (rester en position debout ou nécessité 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 le lui demande.

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

*1. Canadian Study on Health & Aging, Rouleau 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;370:459-465.

Traduit par Philippe Veys, révisé avec l'aide de la version 5 (2013), *Salut infirmière aux aînés* en partenariat avec le Réseau Santé Québec. Version 199, 723 p.

© 2009, version 1.2. PH. 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.

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

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

Rash ou éruption cutanée?	☐ Oui ☐ Non
Rhinorrhée?	☐ Oui ☐ Non
Sibilances / sifflement / stridor?	☐ Oui ☐ Non
Toux?	☐ Oui ☐ Non
Trouble de la parole (aphagie/dysphagie)?	☐ Oui ☐ 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?	Évaluez votre santé de 0 (pire) à 100 (meilleur) _____%
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?	☐	☐
Autre types d'arythmie cardiaque?	☐	☐
Endocardite? Myocardite? Péricardite?	☐	☐
Fibrillations auriculaire (FA) / Flutter?	☐	☐
Fibrillation / Tachycardie ventriculaire?	☐	☐
Fonction ventriculaire gauche?	☐	☐
Insuffisance cardiaque décompensée?	☐	☐
Ischémie cardiaques NSTEMIS? Ischémie cardiaque STEMI?	☐	☐
Thrombose veineuse profonde (DVT)?	☐	☐
Trouble de la coagulation / coagulation intravasculaire dissiminée?	☐	☐

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?	☐	☐
Bronchiolite?	☐	☐
Embolie pulmonaire?	☐	☐

Épanchement pleural?	☐	☐
Maladie interstielle pulmonaire?	☐	☐
MPOC?	☐	☐
Pneumonie bactérienne, virale ou organisée cryptonique (POC)?	☐	☐
Pneumothorax?	☐	☐
Syndrôme de détresse respiratoire aigue?	☐	☐

Complications **rénales**? ☐ 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
Insuffisance rénale aigue?	☐	☐

Complications **neurologiques**? ☐ 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
Accident ischémique transitoire (ACV)?	☐	☐
Convulsion?	☐	☐
Méningite / encéphalite?	☐	☐
Insomnie?	☐	☐
Difficulté de concentration?	☐	☐
Problème de mémoire (<i>Brain Fog</i>)?	☐	☐

Complications **psychiatriques**? ☐ 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
Dépression?	☐	☐
Anxiété?	☐	☐
Saute d'humeur?	☐	☐

Complications gastro-intestinales ?	☐ 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
Dysfonction hépatique?		☐	☐
Hémorragie gastro-intestinale?		☐	☐
Pancréatite?		☐	☐

Complications du système endocrinien ?	☐ 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
Hyperglycémie?		☐	☐
Hypoglycémie?		☐	☐

Autres complications?	☐ 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
Anémie?		☐	☐
Bactériémie?		☐	☐
Rhabdomyolyse / Myosite?		☐	☐
Autres		☐	☐

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?	☐ Oui ☐ Non
Intervention coronarienne percutané (stent)?	☐ Oui ☐ Non
Imagerie médicale	
Radiographie des poumons?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de l'abdomen?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie thorax?	☐ Oui ☐ Non
Tomodensitométrie de la tête?	☐ Oui ☐ Non
Autre(s) test(s) d'imagerie?	
Test de fonction respiratoire	
Spirométrie?	☐ Oui ☐ Non
Métacholine?	☐ Oui ☐ Non
Épreuve de fonction respiratoire (bilan de base)?	☐ Oui ☐ 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		☐ Non mesuré
Décompte des neutrophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des lymphocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des monocytes	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des éosinophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des basophiles	_____ %	_____ x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
Décompte des plaquettes	_____ x 10 ⁹ /L		☐ Non mesuré
Mesure de l'hémoglobine	_____ g/L		☐ Non mesuré
Urée	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Créatinine	_____ µmol/L		☐ Non mesuré
NT-proBNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
BNP	_____ ng/L		☐ Non mesuré
Sodium Na+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Potassium K+	_____ mmol/L		☐ Non mesuré
Protéine C-réactive (CRP)	_____ mg/L		☐ Non mesuré
LDH	_____ U/L		☐ Non mesuré
CPK (CK)	_____ U/L		☐ Non mesuré
Albumine	_____ g/L		☐ Non mesuré

AST	_____	U/L	☐ Non mesuré
ALT	_____	U/L	☐ Non mesuré
Procalcitonine (PCT)	_____	µg/L	☐ Non mesuré
Troponine T hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I hs (high sensitivity)	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine T	_____	ng/L	☐ Non mesuré
Troponine I	_____	ng/L	☐ Non mesuré
APTT (activated partial thromboplastin time)	_____	sec	☐ Non mesuré
International Normalized Ratio (INR)	_____		☐ Non mesuré
Triglycérides	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine totale	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Bilirubine directe (conjuguée)	_____	µmol/L	☐ Non mesuré
Glucose	_____	mmol/L	☐ Non mesuré
Fibrinogène	_____	g/L	☐ Non mesuré
Ferritine	_____	µg/L	☐ Non mesuré
IL-6	_____	ng/L	☐ Non mesuré
CD4	_____	x 10 ⁹ /L	☐ Non mesuré
CD8	_____	x 10 ⁹ /L	☐ 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 (rester en position debout ou nécessité 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 le lui demande.

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

*1. Canadian Study on Health & Aging, Rowland 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ*, 2005;330:459-465.

Traduit par Philippe Veys, révisé avec l'aide de la version 5 (2013), *Salut infirmiers aux aînés* en partie d'automne, 2e édition, Saint-Jean. *Parole* 199, 733 p.

© 2009, version 1.2. PH. 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.

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

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 ☐ Non

Veuillez décrire les effets secondaires.

Date 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'étude

Y a-t-il eu des déviations/violations du protocole? ☐ Oui ☐ Non

Toutes les déviations/violations du protocoles ont-elles été correctement documentées? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires généraux : _____