



Spécificité du diagnostic COVID-19 2020-10

En fonction de votre perspicacité clinique et sur la base des indicateurs cliniques mentionnés ci-dessous, veuillez confirmer la spécificité du diagnostic si elle est connue et / ou d'autres diagnostics / conditions de comorbidité sous-jacents préexistants associés englobant le spectre de COVID-19. Veuillez sélectionner la ou les options ci-dessous selon le cas.

- COVID-19 avec des manifestations respiratoires *
- COVID-19 avec une pneumonie bilatérale *
 - Étiologie :
 - Virale
 - Bactérienne
 - Fongique
 - Aspiration
 - Pneumonie associée à la ventilation (PAV)
- COVID-19 avec des manifestations gastrointestinales (GI) *
- COVID-19 avec des manifestations neurologiques *
- COVID-19 avec des manifestations psychologiques *
- COVID-19 avec d'autres conditions médicales sous-jacentes préexistantes *
- COVID-19 avec d'autres manifestations *
- Autre(s) explication(s) des résultats cliniques
- Inconnu
- Ne nécessite aucune explication supplémentaire

Justification de la requête (cette question se pose parce que...) :

Veuillez indiquer la date et le lieu de la documentation.

*** Veuillez préciser**

**** Précisez où se trouve la documentation**

***** Précisez l'autre signe et symptôme, et où il se trouve dans le dossier médical**

Avertissement : Ce formulaire est un instrument de collecte et de conservation de données. Il ne convient pas – et ne remplace pas – le diagnostic clinique ou les conseils basés sur les besoins du patient.

Signes et symptômes (sélectionnez tout ce qui s'applique) :

Veillez indiquer la date et le lieu de la documentation.

- Présymptomatique / asymptomatique
- Fièvre ** [chez les adultes : 38°C (100,4°F) ; chez les personnes âgées : 37,8°C (100°F) avec / sans frissons (température buccale)]
- Toux (ou exacerbation d'une toux chronique) **
- Mal de gorge ou difficulté à avaler **
- Nez qui coule, congestion nasale ou éternuements (pas d'allergie) **
- Essoufflement ou difficulté à respirer ** [SpO2 ≤ 92% sur l'air ambiant ; rapport P/F < 300]
- Douleurs ou oppression thoraciques intenses **
- Cyanose des lèvres ou du visage **
- Orteils COVID **
- Symptômes gastro-intestinaux (sélectionnez tout ce qui s'applique) **
 - Nausée
 - Vomissements
 - Diarrhée
 - Perte d'appétit
 - Douleurs abdominales
 - Autre : _____
- Symptômes neurologiques (sélectionnez tout ce qui s'applique) **
 - Nouvelle perte d'odeur (anosmie)
 - Incapacité à goûter
 - Douleur musculaire (myalgie)
 - Faiblesse musculaire
 - Fatigue
 - Picotements et engourdissements dans les mains et les pieds
 - Maux de tête
 - Vertiges
 - Nouvelle confusion
 - Léthargie
 - Incapacité de se réveiller ou perte de conscience
 - Délire
 - Crises d'épilepsie
 - Accident cérébrovasculaire (ACV)
 - Autre : _____
- Symptômes psychologiques (sélectionnez tout ce qui s'applique) **
 - Stress
 - Anxiété
 - Dépression
 - Autre : _____
- Mauvaise alimentation (chez les jeunes enfants) **

Groupes à risque élevé de maladie grave (sélectionnez tout ce qui s'applique) :
Veuillez indiquer la date et le lieu de la documentation.

- Personnes âgées de 65 ans et plus
- Résidents d'un établissement de soins de longue durée ou d'une maison de retraite
- Maladie pulmonaire chronique **
Précisez :
 - MPOC (emphysème, bronchite chronique)
 - Fibrose pulmonaire idiopathique
 - Fibrose kystique
 - Autre : _____
- Asthme bronchique **
- Diabète [mauvais contrôle de la glycémie (HbA1c \geq 8%)] **
Précisez :
 - Type I Type II Diabète gestationnel
- Maladies cardiaques graves **
Précisez :
 - Insuffisance cardiaque
 - Maladie des artères coronaires
 - Maladie cardiaque congénitale
 - Cardiomyopathie
 - Autre : _____
- Maladie rénale chronique sous traitement de dialyse (thérapie de remplacement rénal) **
- Maladies du foie **
Précisez :
 - Cirrhose
 - Hépatite auto-immune
 - Autre : _____
- Immunodéprimé **
Précisez :
 - Patient cancéreux sous chimiothérapie
 - Infection avancée et non contrôlée par le VIH
 - Receveur de greffe de moelle osseuse ou d'organe
 - Usage chronique et intensif de stéroïdes
 - Autre : _____
- Hypertension artérielle pulmonaire **
- Hypertension systémique **
- Apnée obstructive du sommeil **
- Obésité sévère [IMC > 40] **
- Tabagisme **
- Autre (veuillez préciser) ***: _____

Autres facteurs de risque (sélectionnez tout ce qui s'applique) :

- Intervenants de première ligne de la santé **
- Voyage international récent dans un pays touché par la COVID-19 **
- Contact étroit et récent avec un cas de COVID-19 **

Traitement reçu (sélectionnez tout ce qui s'applique) :

- Isolement
- Quarantaine
- Oxygénothérapie par voie nasale (pincés / masque)
- Oxygénothérapie par canule nasale à haut débit
- L'auto-programmation précoce au réveil
- Ventilation non invasive ou invasive
- Fluides IV
- Restrictions sur les liquides / diurétiques
- Antibiotiques IV : _____
- Thérapie par corticostéroïdes
 - Précisez :
 - Dexaméthasone
 - Méthylprednisolone
 - Autre : _____
- Transfusion de plasma convalescent (plasmaphérèse)
- Hydroxychloroquine ou chloroquine
- Hydroxychloroquine ou chloroquine en combinaison avec l'azithromycine
- Médicaments antiviraux
 - Précisez :
 - Remdesivir
 - Lopinavir / Ritonavir
- Inhibiteurs de l'interleukine-6 (IL-6)
 - Précisez :
 - Tocilizumab
 - Sarilumab
- Bilan de la septicémie
- Autres traitements / spécifications :

