**Formulaire de - cas confirmés hospitalisés du nouveau coronavirus COVID-19**

**VOLET ADMISSION**

**Ce formulaire est rempli pour tout cas de COVID-19 confirmés hospitalisés,**

**à l’admission du patient.**

Date de déclaration (jour/mois/année): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Section 1 : Informations du patient**

Code d’identification du patient unique de l’hôpital \_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance: (jour/mois/année): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Genre: □ Homme □ Femme □ Autre □ Inconnu

Code postal (en Belgique) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu de résidence habituel du patient: Pays: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Exposition :**

□ Voyage dans une région à risque. Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Contact patient confirmé COVID-19 □ Contact patient probable COVID-19

□ Personnel de santé

□ Maison de repos

□ Suspicion d’infection nosocomiale

□ Autre

□ Pas d’exposition identifiée

□ Inconnu

**Section 2 : Données cliniques à l’admission**

Date d’apparition des symptômes (jour/mois/année): \_\_/\_\_/\_\_\_\_ □ Asymptomatique □ Inconnu

Date d’admission à l’hôpital (jour/mois/année): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Motif d’hospitalisation :

□ Etat clinique □ Personne à risque pour COVID-19 □ Entourage à risque pour COVID-19 □ Isolement à domicile impossible □ Autre

**Symptômes** à l’admission (cocher tous les symptômes rapportés par le patient)

□ Fièvre / frissons □ Essoufflement □ Douleur (indiquez localisation):

□ Faiblesse généralisée □ Diarrhée *( ) Musculaire ( ) Poitrine*

□ Toux □ Nausée/vomissement *( ) Abdominale ( ) Articulation*

□ Maux de gorge □ Mal de tête

□ Ecoulement nasal □ Irritabilité / confusion mentale

□ Autre, précisez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signes** à l’admission

Température: \_\_ \_\_ \_\_ □°C

- Cochez tous les signes observés :

□ Exsudat pharyngé □ Coma

□ Injection conjonctivale □ Dyspnée / tachypnée

□ Convulsions □ Auscultation pulmonaire anormale

□ Résultats anormaux de radiographie pulmonaire

□ Autres signes, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Conditions médicales sous-jacentes, comorbidités** **et facteurs de risque** (cocher tous ceux applicables):

□ Grossesse (trimestre: \_\_\_\_) □ Post-partum (<6 semaines)

□ Maladie cardiovasculaire □ Hypertension artérielle

□ Diabète □ Maladie rénale chronique

□ Maladie chronique du foie □ Maladie chronique des poumons

□ Maladie neurologique ou neuromusculaire chronique □ Immunodépression, incluant VIH

□ Cancer solide □ Cancer hématologique

□ Prématurité □ Autre maladie, à spécifier : \_\_\_\_\_

□ Fumeur actuel

**Le patient est-il sous traitement par :**

IEC (inhibiteur de l’enzyme de conversion) □ Non □ Oui □ Inconnu

SARTAN □ Non □ Oui □ Inconnu

**Vaccination anti-grippale 2019-2020 :**

Patient vacciné ? □ Non □ Oui □ Inconnu

Si oui, date de vaccination : (jour/mois/année): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Section 3: Informations de laboratoire liées au COVID-19**

Nom du laboratoire qui a effectué le test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de prélèvement: (jour/mois/année): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Type de prélèvement : □ écouvillon nasopharyngé □ aspiration nasopharyngée □ LBA □ Autre

Date de confirmation par le laboratoire: (jour/mois/année): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Section 4 : Personne ayant complété le formulaire**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hôpital/Institution : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_