

Madame, Monsieur,
Des contraintes médico-légales nous obligent à vous faire valider ce questionnaire.

Annexe 5 : Evaluation des patients vis-à-vis du COVID-19

1. Le patient est-il à risque de développer une forme grave de la maladie ⁵⁶ ?

Age supérieur à 65 ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hypertension artérielle avec complications (cardiaques, rénales, ou vasculo-cérébrales)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diabète non équilibré ou présentant des complications ;	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, SAOS, BPCO, mucoviscidose)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Immunodépression congénitale ou acquise :	
- médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- par infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm ³	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- liée à une hémopathie maligne en cours de traitement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cirrhose au stade B ou C du score de Child Pugh	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Syndrome drépanocytaire majeur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Antécédent de splénectomie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Grossesse au troisième trimestre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

→ Si oui à une question ci-dessus et non aux questions ci-dessous : Groupe B

2. Dans les 14 derniers jours, le patient a-t-il côtoyé étroitement :

- Une personne diagnostiquée COVID-19 ? OUI NON

→ Si oui à une question ci-dessus et non aux questions ci-dessous : Groupe C

3. A ce jour et dans les 2 dernières semaines a-t-il présenté des signes évocateurs de la maladie ⁶³ ?

Fièvre (> 38°C)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, date de fin :		Si oui, date de fin :	
Perte ou baisse de goût soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Toux sèche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Perte ou baisse d'odorat soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Courbatures inexpliquées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fatigue soudaine inexpliquée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Céphalées (hors migraines connues)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diarrhées (chez patient > 80 ans et enfant < 3 ans)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Altération de l'état général	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

→ Si oui, ou en cas de doute, à une a-t-il bénéficié d'un test pour le COVID-19 ? Si non, le renvoyer vers son médecin traitant pour évaluation

4. Le patient a-t-il été diagnostiqué positif au COVID-19 ? OUI NON

- Nombre de jours depuis le début des symptômes :
- Nombre de jours depuis la fin de la fièvre :
- Nombre de jours depuis la fin de la difficulté respiratoire :

→ Si oui à la question ci-dessus : Groupe D → Prendre en compte les critères de guérison

Critères compatibles avec la levée du confinement	
Population générale	Population immunodéprimée
Au moins 8 ^{ème} jour après le début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h	Au moins 10 ^{ème} jour après le début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h

Je soussigné certifie l'exactitude du document rempli ci-dessus, conscient que des réponses inexactes peuvent mettre en danger ma vie, celle d'autres patients, du personnel soignant et de leurs proches.

Lu, compris et approuvé, le