|  |  |
| --- | --- |
|  | **Surveillance des cas graves de GRIPPE, de SARS-CoV-2 et de VRS admis en réanimation**  A remplir pour tout cas correspondant à la définition de cas et à adresser à l**a Cellule régionale XXX**  **par messagerie de santé sécurisée : MSSANTE : xxx@santepubliquefrance.mssante.fr**  ou à déposer sur la **page de dépôt sécurisée** : <https://bluefiles.orange-business.com/xxx>  Questionnaire Adulte |
|  | |
| **Définition de cas**: Patient présentant une confirmation biologique de grippe et/ou d’infection à SARS-CoV-2 et/ou d’infection à VRS nécessitant une prise en charge en réanimation du fait de l’infection ou du fait de ses conséquences (décompensation de pathologie sous-jacente, surinfection bactérienne) – hors cas de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique lié à SARS-CoV-2 (Paediatric Inflammatory multisystem syndrome – PIMS) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hôpital**: ……………………………………………….. | | | | | **Service** : ……………………………………………….. | | | | | | **Tél.** : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | |
| **Médecin déclarant** : ………………………………………………………….. | | | | | | | **E-mail**: ……………………………………………………………………….. | | | | | | |
| **Patient** | **Nom**: ……….……….……………. | | **Prénom**: ……….……….…………. | | | | | | **Date de naissance** : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | | | **Sexe** :  H  F  I |
| **Pays de naissance**: …………………… | | **Résidence →** | | | | **Dép.** : \_\_ \_\_ \_\_ | | **Commune** : …………………... | | | | **Arr.** : \_\_ \_\_ *(Lyon, Marseille, Paris)* | |
| **Emploi occupé** : …………………… | | | | Professionnel de santé | | | | | | Vit en établissement médico-social | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnostic virologique** | | | Date du prélèvement : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | | | |
| **Grippe** | **Positif** | | **Négatif** | **Non recherché** | | | |
| A, sans précision | A(H1N1) | | A(H3N2) | B, sans précision | B/Victoria | B/Yamagata | Non renseigné |
| **SARS-CoV-2** | **Positif** | | **Négatif** | **Non recherché** | | | |
| Précisez (variant ou lignage) : | | | | | | | |
| **VRS** | | **Positif** | **Négatif** | **Non recherché** | | | |
| VRS-A | | VRS-B | Non renseigné | | | | |
| Si coinfection, autre(s) pathogène(s) : ………………………………………………………………………………………..…….. | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Expositions antérieures à l’admission en réanimation** | | | | |  |  |
| Infection associée aux soins | | | |  | | |
| Antécédent d’infection au SARS-CoV-2 confirmé biologiquement (de plus de 2 mois) | | | | Si oui, précisez la date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | |
| Circonstance(s) d’exposition particulière(s) : ………………………………………………………….. | | | | | | |
| **Vaccination Grippe** | **Vacciné contre la grippe** pour la saison en cours  Oui  Non  Ne sait pas | | | | | |
| **Vaccination SARS-CoV-2** | **Vacciné contre la COVID-19**   Oui  Non  Ne sait pas | | | | | |
| Délai depuis la dernière dose :  <3 mois  3 à <6 mois  6 à <12 mois  12 mois et plus | | | | | | |
| **Traitement préventif administré** *(Avant l’admission en réanimation)* | | | Oui  Non  Ne sait pas | | | |
| Antiviraux | | Oséltamivir (Tamiflu®) | Anticorps monoclonaux, préciser la molécule : ………………… | | | |
| Date d’administration : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | Remdesivir (Veklury®) | Date d’administration : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | | |
| Autre traitement préventif ou molécule, préciser : ………… | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comorbidités et Facteurs de risque**  *Plusieurs réponses possibles***,** *liste détaillée ci-dessous* | | Oui  Non | Ne sait pas | | |
| Pathologie cardiaque | Pathologie pulmonaire | | | Pathologie rénale | Pathologie hépatique |
| Pathologie neuromusculaire | Cancer (tumeur solide ou hémopathie) évolutif | | | Immunodépression | Diabète (type 1 et 2) |
| Hypertension artérielle (HTA) | Préciser : ………………………………….. | | | Préciser : ………………………………….. | |
| Poids :\_\_ \_\_ \_\_ **kg** Taille : \_\_ \_\_ \_\_ **cm** OU **IMC** : \_\_ \_\_, \_\_ kg.m-2 | | | | Trisomie 21 | |
| Grossesse en cours | Tabagisme actif | | | Autre(s), préciser : …………………………………… | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospitalisation** | | | | | | | | |
| **Date de début des signes**: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | | **Date d’hospitalisation** : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | | | **Date d’admission en réanimation**: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | |
| Si le patient provient d’un autre service de **réanimation**, préciser l’hôpital et la commune : ……….……….……….………..……….……….……….…... | | | | | | | | |
| **Motif d’admission en réanimation** :  *Plusieurs réponses possibles* | | | Insuffisance respiratoire aiguë | | | | Décompensation de pathologie sous-jacente | |
| Infection respiratoire aiguë virale | | | Surinfection bactérienne | | | | Autre, préciser : ………………………………… | |
| **Eléments de gravité au cours du séjour (valeur maximale)** | | | | | | | | |
| Score IGS II : ……….. | | | | |  | | | |
| Type d’assistance ou aide ventilatoire *Une seule réponse possible* | | | | | Aucune | | | |
| O2 *(lunettes/masque)* | VNI | O2 haut débit | | | | Ventilation invasive | | Assistance extracorporelle *(ECMO/ECCO2R)* |
| Sévérité maximale de SDRA2) *Une seule réponse possible* | | | | *2) Selon critères de Berlin* | | | | |
| Pas de SDRA | Mineur | Modéré | | | | Sévère | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Devenir** | Sortie de réanimation | Décès | | Transfert vers un autre service de **réanimation** |
| Date de sortie/décès/transfert : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | | Préciser l’hôpital et la commune : …………………………………………….. | |

**Annexe : Liste des comorbidités**

|  |  |
| --- | --- |
| Type de pathologie | Définition ou exemple(s) |
| Pathologie cardiaque | Insuffisance cardiaque chronique  Cardiopathies ischémiques  Cardiopathie hypertensive  Cardiopathie congénitale mal tolérée  Valvulopathie et trouble du rythme grave |
| Pathologie pulmonaire | Insuffisance respiratoire chronique  Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)  Emphysème  Fibrose du parenchyme pulmonaire  Pneumoconiose  Dysplasie broncho-pulmonaire  Dilatation des bronches  Mucoviscidose  Asthme  Syndrome d’apnée obstructive du sommeil (SAOS) |
| Pathologie rénale | Insuffisance rénale chronique  Syndrome néphrotique |
| Pathologie hépatique | Cirrhose  Atrésie biliaire  Hépatite chronique |
| Pathologie neuromusculaire | Accident vasculaire cérébral (AVC) avec déficit séquellaire  Pathologie neuromusculaire avec atteinte de la fonction respiratoire  Pathologie neuro-développemental sévère (enfants) |
| Pathologie cancéreuse | Tumeur solide ou hémopathie maligne primitive en cours de traitement ou suivi médicalement |
| Immunodépression | Déficit immunitaire primitif ou acquis  Asplénie anatomique ou fonctionnelle  Hémoglobinopathie (drépanocytose, thalassémie majeure)  Greffe d’organe  Prise au long cours de médicaments immunosuppresseurs ou corticothérapie systémique  Infection par le VIH |

*La liste ci-dessus n’est pas exhaustive et est présentée afin d’aider au remplissage de la fiche de signalement.*