|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 chroniqueCardiopathies ischémiquesCardiopathie hypertensiveCardiopathie congénitale mal toléréeValvulopathie et trouble du rythme grave |
| Pathologie pulmonaire | Insuffisance respiratoire chroniqueBronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)EmphysèmeFibrose du parenchyme pulmonairePneumoconioseDysplasie broncho-pulmonaireDilatation des bronchesMucoviscidoseAsthmeSyndrome d’apnée obstructive du sommeil (SAOS) |
| Pathologie rénale | Insuffisance rénale chroniqueSyndrome néphrotique |
| Pathologie hépatique | CirrhoseAtrésie biliaireHépatite chronique |
| Pathologie neuromusculaire | Accident vasculaire cérébral (AVC) avec déficit séquellairePathologie neuromusculaire avec atteinte de la fonction respiratoirePathologie neuro-développemental sévère (enfants) |
| Pathologie cancéreuse | Tumeur solide ou hémopathie maligne primitive en cours de traitement ou suivi médicalement |
| Immunodépression | Déficit immunitaire primitif ou acquisAsplénie anatomique ou fonctionnelleHémoglobinopathie (drépanocytose, thalassémie majeure)Greffe d’organePrise au long cours de médicaments immunosuppresseurs ou corticothérapie systémiqueInfection par le VIH |

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