

Questionnaire COVID-19 : draft 1

**Epidémiologie et Prise en charge des Cas sévères/ graves de
COVID19 en zone SARAF**

Fiche N°

Profil du responsable

MAR

Urgentiste

Autre

M

F

IEU D'EXERCICE (CENTRE D'EXERCICE HABITUEL)

- CHU /___/ CHR /___/ HG /___
- Centre dédié COVID19 : oui /___/ non /___/
- Unité COVID au sein de l'hôpital /___/

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Personnel

- **Nombre de MAR** ou **Urgentiste**
- **Nombre ISAR ou IDE**
- **Nombre de AS**

Equipement

Nombre de lits de soins intensifs ou de réanimation

Nombre de de dispositif CPAP

Nombre de respirateur

Disponibilité Appareil de gazométrie oui non

Scanner

Recommandations nationale.....

Protocole de prise en charge en réanimation

ASPECTS PATIENTS

Nombre total de cas confirmés

Dans le pays / _____ /

Dans l'hôpital / _____ /

Dans l'unité dédiée / _____ /

Une ligne pour les comorbidités pour les critères de cas Sévères/graves me semble intéressante

- | | | | | |
|------------------------|-----|-----|--------|-----------|
| • Obésité | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • HTA | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • Diabète | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • BPCO | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • Tuberculose | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • Cardiopathie | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • Rénale | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • VIH | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • Drépanocytose | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • Paludisme | oui | non | si oui | Nbre..... |
| • Autre préciser | | | | |

Nombre Cas sévères graves : / _____ /

Je pense qu'il s'agit d'étude sur les cas sévères /graves, donc je pense que l'on peut se passer du oui ou non de l'existence de cas graves ; il faut seulement le nombre pour calculer la létalité en réanimation

Atteinte respiratoire : oui / _____ / non / _____ / Nombre / _____ /

Type / _____ /

J'aurais mis atteinte cardiocirculatoire : la frontière n'est jamais évidente

Atteinte circulatoire : oui / _____ / non / _____ / Nombre / _____ /

Type / _____ /

Atteinte cardiaque : oui / _____ / non / _____ / Nombre / _____ /

Type / _____ /

Atteinte neurologique : oui / _____ / non / _____ / Nombre / _____ /

Type / _____ /

PRISE EN CHARGE DES FORMES SEVERES / GRAVES

Protocole national : oui / _____ / non / _____ /

Protocole hospitalier : oui / _____ / non / _____ /

Protocole du centre dédié : oui / _____ / non / _____ /

Assistance respiratoire

• Oxygénation : Lunette nasale, Masque simple, MHC, OHND
: oui / _____ / non / _____ / nombre / _____ /

VNI : CPAP oui / _____ / non / _____ / nombre / _____ /

BIPAP oui / _____ / non / _____ / nombre / _____ /

• ventilation Invasive : oui / _____ / non / _____ / nombre / _____ /

EVOLUTION

Durée moyenne de séjour en Réa

Nombre de cas de Guérison

Nombre de décès en réanimation: / _____ /

Nombre de décès dans le pays : / _____ /

Séquelles post réanimation : oui / _____ / non / _____ /

Type de séquelle /Nombre :

/ _____ /