

**Surveillance des cas graves de grippe et COVID-19 admis en réanimation**  
**A remplir pour tout cas correspondant à la définition de cas et à adresser à**  
**la Cellule Régionale X**  
**Par messagerie de santé sécurisée XXXXXXXX ou faxer au XX XX XX XX XX**

**Définition de cas** : Patient présentant une confirmation biologique de grippe ou d'infection à SARS-CoV-2 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

Pays de naissance : ..... Résidence → Dépt. : \_\_\_\_ Commune : ..... Arr. : \_\_\_\_ (Lyon, Marseille, Paris)

Grossesse en cours  Professionnel de santé  Vit en établissement médico-social (ex : Ehpad, MAS, FAM, ...)  Fumeur actuel

Vacciné contre la grippe pour la saison 2020-2021 (vaccination de l'entourage si nourrisson <6mois avec facteur(s) de risque de grippe sévère)

Vacciné contre la COVID-19 → Nombre de dose(s) reçue(s) : \_\_ Date 1<sup>ère</sup> dose : \_\_/\_\_/\_\_ Vaccin utilisé : .....

Date 2<sup>nde</sup> dose : \_\_/\_\_/\_\_ Vaccin utilisé : .....

IMC : \_\_ \_\_ kg.m<sup>-2</sup>

**Circonstance(s) d'exposition particulière(s)** : ..... (ex : voyage, cluster identifié, ...)

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 : .....

Infection nosocomiale (grippe et/ou COVID-19)

**Motif d'admission en réanimation** :  Infection respiratoire aiguë virale  Décompensation de pathologie sous-jacente

Plusieurs réponses possibles

Surinfection bactérienne

Autre, préciser : .....

**Comorbidités (liste en annexe)**  Aucune  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 : .....

Autre(s), préciser : .....

**Diagnostic virologique** Laboratoire ayant réalisé le diagnostic : ..... Date du prélèvement : \_\_/\_\_/\_\_

**SARS-CoV-2**

Positif

Négatif

Non recherché

Recherche de variant d'intérêt (« VOC »)

Non

Ne sait pas

Oui, par PCR

Oui, par séquençage

(criblage, Thermo Fisher, autre kit) (Sanger, NGS, WGS)

Si Oui, résultat :  Absence de VOC  V2-V3  V1 (« Royaume-Uni »)  V2 (« Afrique du Sud »)  V3 (« Brésil/Japon »)

Autre, préciser : .....

**Grippe**

Positif

Négatif

Non recherché

Si Positif :  A, sans précision  A(H1N1)  A(H3N2)  B, sans précision  B/Victoria  B/Yamagata

Non renseigné

Si coinfection virale confirmée, préciser le(s) virus identifié(s) : .....

**A l'admission en réanimation - Pires valeurs lors de la première journée de séjour**

Type d'assistance ou aide ventilatoire Une seule réponse possible

O<sub>2</sub> (lunettes/masque)

VNI

O<sub>2</sub> haut débit

Ventilation invasive

Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)

Caractéristiques cliniques → FiO<sub>2</sub> : \_\_\_\_ % (ou débit d'O<sub>2</sub> : \_\_\_\_ L/min)

PaO<sub>2</sub> : \_\_\_\_ mmHg (ou SpO<sub>2</sub> : \_\_\_\_ %)

**Evolution et bilan sur l'ensemble du séjour en réanimation – A renseigner à la sortie de réanimation**

Sortie de réanimation  Décès  Transfert vers un autre service de **réanimation**

Date de sortie/décès/transfert : \_\_/\_\_/\_\_ ↳ Préciser l'hôpital et la commune si transfert : .....

**Diagnostic d'embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde** :  Oui  Non

Sévérité maximale de SDRA<sup>2)</sup> au cours du séjour Une seule réponse possible

Pas de SDRA

Mineur

Modéré

Sévère

<sup>2)</sup> Adulte : selon les critères de Berlin ; Enfant : selon la définition PALICC *Pediatr Crit Care Med* 2015

Type(s) d'assistance ou aide ventilatoire Plusieurs réponses possibles

O<sub>2</sub> (lunettes/masque)

VNI

O<sub>2</sub> haut débit

Ventilation invasive

Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)

## Annexe : Liste détaillée des comorbidités

Type de pathologie	Définition ou exemple(s)
<b>Pathologie cardiaque</b>	Insuffisance cardiaque chronique Cardiopathies ischémiques Cardiopathie hypertensive Cardiopathie congénitale mal tolérée Valvulopathie et trouble du rythme grave
<b>Pathologie pulmonaire</b>	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)
<b>Pathologie rénale</b>	Insuffisance rénale chronique Syndrome néphrotique
<b>Pathologie hépatique</b>	Cirrhose Atrésie biliaire Hépatite chronique
<b>Pathologie neuromusculaire</b>	Accident vasculaire cérébral (AVC) avec déficit séquellaire Pathologie neuromusculaire avec atteinte de la fonction respiratoire Pathologie neuro-développemental sévère (enfants)
<b>Pathologie cancéreuse</b>	Tumeur solide ou hémopathie maligne primitive en cours de traitement ou suivi médicalement
<b>Immunodépression</b>	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 clinique de signalement.*