



**RECIF-MG
RECIF-ALSACE
ETUDE COVIDÉ**
Investigateurs : Dr Louise FLUHR-IZRI,
Nicolas OBRECHT



questionnairecovid@gmail.com

Date :

Pays :

Région :

Identifiant médecin :⁽¹⁾⁽³⁾

N° patient :⁽²⁾⁽³⁾

Une feuille « Annexe 2 : identification du patient » est à remplir dans le même temps et doit être conservée au cabinet du médecin généraliste.

Questionnaire Initial⁽⁴⁾

Contage : (cochez une ou plusieurs réponses)

- contact prolongé il y ajours avec une personne testée positive au Covid-19
- contage familial probable au Covid-19
- contage probable sur le lieu de travail
- le patient fait partie du personnel soignant (médecin hospitalier, médecin libéral, infirmier, AS, secrétaire médicale, étudiant,...) ayant un contact journalier avec des personnes testées positives au Covid-19 ou suspectées de l'être.
- pas de contage connu

Interrogatoire : ^{(5)(5')}

Date de naissance :

Code postal :

Patient vivant dans un établissement (IME, EHPAD ...): oui non

Sexe : M F

Si femme enceinte :mois de grossesse

Taille : cm

Poids : kg

Tabac : actif :paquets/année sevré :paquets/année non

Alcool chronique : oui, verre(s)/jour non

Patient vu auème jour du début des symptômes

Prise d'AINS en auto-médication par le patient : oui non

Fièvre : Intermittente, pic de fièvre à °C, le/...../.....
 Continue, pic de fièvre à °C non

Asthénie : oui non Anorexie : oui non
Courbatures : oui non Mal de gorge : oui non

Rhinite : abondante légère non

Dys/anosmie : oui non

Dys/agueusie : oui non

Toux : Sèche, depuis jours Grasse, depuisjours non

Dyspnée oui non si oui, échelle NYHA : I II III IV

Prurit oculaire : oui non

Conjonctivite : oui non

Douleurs aux mouvements oculaires : oui non

Sensation de flou visuel : oui non

Nausées : oui non Vomissements : oui non

Douleurs abdominales : oui non dont crampes : oui non

Diarrhées liquides : oui un épisode unique non

Selles molles : oui un épisode unique non

Douleur cage thoracique : oui non

Oppression thoracique : oui non

Otalgies : Unilatérale Bilatérale non

Hyperesthésie cutanée : oui non Cuir chevelu douloureux : oui non

Céphalées : Diffuses Frontales Occipitales Autres non

Vertiges : oui non

Rachialgies : Cervicalgies Dorsalgies Lombalgies non

Lombo-sciatique : L3 L4 L5 S1 mal définie non

Épisode de faiblesse d'un membre : oui non

Remarques :

Antécédents du patient : ⁽⁷⁾ **oui** **non**

- Diabète type 1 (insulinodépendant) Diabète type 2 (non insulinodépendant)
- BPCO Asthme
- Mucoviscidose
- HTA AVC
- Coronaropathie Chirurgie cardiaque :
- Insuffisance cardiaque stade NYHA : I II III IV non connu
- Insuffisance rénale chronique : DFG mL/min/1,73 m²
- Cirrhose : stade A stade B stade C non connu
- Cancer rémission partielle avec métastase(s) Rémission cancéreuse
- Hémopathie maligne partielle Hémopathie maligne en rémission
- Chimiothérapie en cours ancienne, dernière dose le
- Radiothérapie en cours ancienne, dernière dose le
- VIH : PCR négative PCR positive stade SIDA compte CD4 :
- Greffe d'organe solide Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques
- Biothérapie, nom et dosage :
- Corticothérapie, nom et dosage :
- Immunodépression innée :
- Maladie auto-immune (lupus, Crohn, Horton ...) :

Remarque :

Traitement habituel du patient : ⁽⁸⁾ **oui** **non**
(peut être joint au questionnaire sur papier libre)

Pour toutes remarques ou questions relatives à ce questionnaire, vous pouvez contacter l'adresse mail suivante : questionnairecovide@gmail.com

Dr Louise FLUHR-IZRI e-mail : fluhrizrilouise@gmail.com

Nicolas OBRECHT, Interne MG e-mail : nicolas.obrecht.strasbourg@gmail.com