RECIF-MG
RECIF-ALSACE
ETUDE COVIDÉ

Investigateurs : Dr Louise FLUHR-IZRI, Nicolas OBRECHT

questionnairecovide@gmail.com

Date :

Pays : **Région :**

Identifiant médecin :[(1)(3)] **N° patient :**[(2)(3)]

Questionnaire de Résultats et de Réévaluation[(9)]

Interrogatoire :[(5)(5')] symptômes persistants ou apparus (y compris transitoirement) depuis la dernière consultation

Patient vu au …….ème 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

Rhinorrhée : ☐ abondante ☐ légère ☐ non

Obstruction nasale : ☐ oui ☐ non

Dys/anosmie : ☐ oui ☐ non Dys/agueusie : ☐ oui ☐ non

Toux : ☐ Sèche, depuis …… jours ☐ Grasse, depuis …… jours

☐ à type de quinte de toux ☐ 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

Xérose cutanée globale : ☐ oui ☐ 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 :

Examen clinique :[6] ☐ Consultation physique ☐ Téléconsultation

Température : …… °C avec prise de Paracétamol il y a moins de 6h :☐ oui ☐ non
TA : ……. /……. mmHg FC : …… bpm
Échelle de Glasgow : …….

Fréquence respiratoire : …… respirations par min SpO2 au repos : ……. %

Conjonctivite : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Légère ☐ non
Adénopathies cervicales : ☐ oui ☐ non

Douleur à la pression sinusale :

Maxillaire : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ non

Frontale : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ non

Si otalgie(s), Otite : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ non

Toux durant la consultation : ☐ Sèche ☐ Grasse ☐ absente

Présence à l'auscultation pulmonaire : ☐ Auscultation normale/habituelle

Foyer(s) de Crépitants : ☐ Unilatéral(s) ☐ Bilatéral(s) ☐ Ronchis

☐ Sibilants ☐ Diminution du murmure vésiculaire ☐ Silence auscultatoire

Éruptions cutanées : ☐ oui ☐ non Acrosyndromes : ☐ oui ☐ non

Érythème noueux : ☐ oui ☐ non

Remarques :

Traitement(s) prescrit(s) :

☐ Antibiotique : Nom :……...

Dosage :……. Durée :…..…jours

☐ Paracétamol

☐ Autres :

Devant tout tableau d'infection, la prescription d'AINS ou de corticoïde **ABSOLUMENT CONTRE INDIQUÉ**.

Hospitalisation :

Patient adressé aux urgences suite à la consultation : ☐ oui ☐ non

Admission du patient en service hospitalier : ☐ oui ☐ non

Intubation et Ventilation mécanique du patient : ☐ oui ☐ non

Si connue :

Entré d'hospitalisation en service conventionnel le : …….

Admission en réanimation le : …….

Sortie de réanimation le : …….

Sortie d'hospitalisation le : …….

Traitement(s) médicamenteux initié(s) à l'hôpital : ……...

Résultat virologique, fait le … /… /…… :

Prélèvement revenu positif :

Covid-19 : ☐ Prélèvement positif ☐ Prélèvement négatif ☐ non fait

☐ Diagnostic confirmé par imagerie

Grippe : ☐ Prélèvement positif ☐ Prélèvement négatif ☐ non fait

Examen complémentaire :

Biologie du …/…/…….**(écrire ci-dessous ou joindre les résultats):**[8][10]

NFS : Leucocytes : ……G/l PNN : ……. G/l

Lymphocytes : ……. G/l Plaquettes : ……. G/l

Ionogramme : Na+ : …… mmol/l K+ : …… mmol/l

CRP : …… mg/l ProCalcitonine : …… ng/ml

CPK : …… UI/l

Remarques :

Imagerie du …/…/……. **(écrire ci-dessous ou joindre le contre-rendu) :**[8]

Survie :

☐ Patient vivant et considéré comme guéri[11] le : ……

☐ avec symptômes résiduels ☐ sans symptômes résiduels

☐ Patient décédé le : ……

Pour toutes remarques ou questions relatives à ce questionnaire, vous pouvez contacter l'adresse mail à questionnairecovide@gmail.com ou rejoignez-nous sur le groupe Facebook « RECIF-MG Etude Covidé »

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

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