

ADMISSIONS

I. IDENTIFICATION DU CAS / DETAILS DEMOGRAPHIQUES

Nom du patient: _____	ETU numéro: _____
ID EPI:	
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Profession du patient <input type="checkbox"/> Personnel de santé. Préciser: _____ <input type="checkbox"/> Non personnel de santé. Préciser: _____
Date de naissance: (jj/ mm/ aaaa) ____/____/____	Si la date de naissance n'est pas disponible, indiquer l'âge en mois ou en année (<i>marquez avec une X dans l'un ou l'autre</i>): Age: _____ <input type="checkbox"/> Années <input type="checkbox"/> Mois
Date d'admission: (jj/mm/aaaa) ____/____/____	Le patient a-t'il été transféré d'un autre centre de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu. Si oui, nom du centre de santé: _____

II. SIGNES VITAUX AU TRIAGE

Fréquence cardiaque/Pouls (bpm): _____	Fréquence respiratoire (/min): _____	Température (°C): _____
PA (mmHg): _____ (systolique) _____ (diastolique)	Saturation O ₂ (%): _____	Etat de conscience: A / V / P / U
Recoloration capillaire > 3 sec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poids (kg): _____ Taille déclarée (cm): _____	Périmètre brachial (MUAC) (mm) _____

III. DETAILS CLINIQUES (à l'admission)

Date de début des 1er symptômes (jj/mm/aaaa): ____/____/____	Pour une femme, est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Date d'admission dans une centre de traitement (jj/mm/aaaa): ____/____/____	Type de lit à l'admission ? <input type="checkbox"/> Salle/chambre d'hôpital <input type="checkbox"/> Soins Intensifs	
Comorbidités	Tumeur/Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance cardiaque chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Asplénie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Maladie pulmonaire chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Hépatites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Pathologie neurologique chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
VIH <input type="checkbox"/> Oui et sous TAR <input type="checkbox"/> Oui mais pas sous TAR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autre, préciser _____	
Maladie hépatique chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Symptômes (sur présentation)		
Fièvre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Céphalée (maux de tête) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Fatigue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Inconnu	Difficulté respiratoire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Faiblesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Nausée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Malaise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Inconnu	Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Myalgie (douleur musculaire) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Douleur articulaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Diarrhée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Anorexie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu (i.e. perte d'appétit)	Inconnu	Vomissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal de gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Hoquet <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Irritabilité / Confusion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
	Inconnu	
	Toux <input type="checkbox"/> Oui ne pas expectorer <input type="checkbox"/> Oui et expectorer <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Signes (sur présentation)	Gonflement des ganglions lymphatiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Rougeur de la gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Œdème extrémités inférieures <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Ecoulement au fond de la gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Saignements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Conjonctivite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, site de saignements: _____	
Œdème du visage / cou <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Nez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Abdomen sensible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Bouche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Yeux fontanelle enfoncés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Vagin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Pli cutané <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Rectum <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Foie palpable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Crachat <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Rate palpable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Urine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Eruption cutanée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Site IV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Jaunisse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autre, préciser _____	

IV. PRELEVEMENT DES ECHANTILLIONS ET RESULTATS

Prélèvement des échantillons réalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Si oui, quels échantillons? <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Frottis buccal, Autre _____					
Test Ebola	Date de prélèvement (jj/mm/aaa)	Résultat			
TDR Ebola: <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> Oraquick <input type="checkbox"/> Autre: _____	___/___/___	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> indéterminé			
PCR Ebola (admission): <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> GeneXpert <input type="checkbox"/> Autre: _____	___/___/___	GP		NP	
		<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____		<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Nég Ct : _____	
RDT paludisme	___/___/___	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> indéterminé			
Hémoculture	___/___/___	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> indéterminé			
Le patient a-t'il été testé positif pour toute autre infection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : _____					
Autres tests laboratoires cliniques effectués à l'admission (NR = non réalisé)					
Hémoglobinurie <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> NR	Gaz du sang <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Veineux				
Protéinurie <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> NR	Résultats : pH____, pCO2____, PaO2____ HCO3____				
Hématurie <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> NR	Thérapie O ₂ au moment du gaz du sang (L/min)_____				
Tests laboratoires à l'admission ou jour d'hospitalisation 1 (JH1). (NR = non réalisé). Si le test répété, indiquer Oui ou Non.					
	Résultats	Non réalisé		Résultats	Non réalisé
ALT/SGPT (U/L)		<input type="checkbox"/> NR	Glucose (mmol/L)		<input type="checkbox"/> NR
AST/SGOT (U/L)		<input type="checkbox"/> NR	Lactate (mmol/L)		<input type="checkbox"/> NR
Créatinine (µmol/L)		<input type="checkbox"/> NR	Hémoglobine (g/L)		<input type="checkbox"/> NR
Potassium (mmol/L)		<input type="checkbox"/> NR	Total bilirubine (µmol/L)		<input type="checkbox"/> NR
Urée (mmol/L)		<input type="checkbox"/> NR	Num leucocytaire (x10 ⁹ /L)		<input type="checkbox"/> NR
Créatinine kinase (U/L)		<input type="checkbox"/> NR	Plaquettes (x10 ⁹ /L)		<input type="checkbox"/> NR
Calcium (mmol/L)		<input type="checkbox"/> NR	TP		<input type="checkbox"/> NR
Sodium (mmol/L)		<input type="checkbox"/> NR	TCA (secondes)		<input type="checkbox"/> NR

V. Complications à l'admission.

Saignement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Coma (P/U sous notation AVPU) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Choc <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Bactériémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Méningite* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Hyperglycémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Confusion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Convulsions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autre, précisez _____

*méningite définie soit cliniquement soit après ponction lombaire

VI. INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT À L'ADMISSION : (indiquer les unités)

Antibiotiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifiez : <input type="checkbox"/> amoxicilline <input type="checkbox"/> ceftriaxone <input type="checkbox"/> cefixime <input type="checkbox"/> autres _____		Dose	Voie	Fréquence
Anti-paludéens :			<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale	
Précisez :			<input type="checkbox"/> IV	
<input type="checkbox"/> Artesunate			<input type="checkbox"/> IM	
<input type="checkbox"/> Artemeter		/	<input type="checkbox"/> orale	
<input type="checkbox"/> Artemeter/Lumefantrine		/	<input type="checkbox"/> orale	
<input type="checkbox"/> Artesunate/Amodiaquine				
Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifiez : _____			<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale	
Traitement expérimental contre Ebola : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui: <input type="checkbox"/> ZMapp. <input type="checkbox"/> Remdesivir (GS-5734). <input type="checkbox"/> REGN3470-3471-3479. <input type="checkbox"/> Favipiravir <input type="checkbox"/> mAb114			
Lors de son hospitalisation, le patient a-t'il reçu ?				
Liquides par voie orale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Précisez <input type="checkbox"/> SRO : _____ mL <input type="checkbox"/> Eau : _____ mL <input type="checkbox"/> Autre : _____ & _____ mL	Perfusion IV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez: _____ mL <input type="checkbox"/> Ringer Lactate <input type="checkbox"/> Salé isotonique <input type="checkbox"/> Autres, Précisez _____	Voie d'abord <input type="checkbox"/> Intra-osseux <input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Non précisé		
Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé	Oxygène <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez: _____ L/min par : <input type="checkbox"/> Sonde nasale <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir	Vasopresseurs/inotropes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé		
Dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé	Ventilation mécanique invasive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé			

Formulaire complété par: _____