

COVID-19 prouvé par PCR ou test antigénique et drépanocytose

Date de naissance (mois /année): __ _ / __ _ _ _		Initiales : Nom __ Prénom __	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Taille : cm Poids : kg		Centre de suivi : 	
Type de Drépanocytose: <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> S-beta° thal <input type="checkbox"/> S-beta+ thal <input type="checkbox"/> Autre: 			
Vaccin anti COVID-19 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui nombre d'injections : Date dernier rappel: __ _ / __ _ / __ _ _			
COVID antérieur prouvé par PCR, antigénique, Sérologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doute Si Oui, date : / /			
Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> Post-partum (< 1 mois) : <input type="checkbox"/> (Si Oui, remplir aussi la page 2)			
Antécédents de STA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, nombre dans la vie : <input type="checkbox"/> ne sait pas			
Antécédents de HTA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Antécédents de Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Greffe d'organe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ATCD de thrombose veineuse profonde ou EP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, nombre dans la vie : <input type="checkbox"/> ne sait pas			
Infection COVID-19 actuelle			
Diagnostic : <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Test antigénique		Date: __ _ / __ _ / __ _ _ Variant : 	
Date des premiers symptômes COVID-19 : __ _ / __ _ / __ _ _			
Symptômes initiaux (5 premiers jours) :			
<input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Fièvre ≥ 38°C <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Rhinorrhée <input type="checkbox"/> Agueusie <input type="checkbox"/> Anosmie			
<input type="checkbox"/> Myalgies <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Saturation <95% <input type="checkbox"/> Céphalée Autre : 			
Survenue de CVO osseuse durant la période infectieuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Hb à l'entrée en hospitalisation ou lors du diagnostic (gestion ambulatoire) : g/dL <input type="checkbox"/> Non Fait			
Traitement en cours au moment des premiers symptômes COVID-19			
Hydroxyurée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, dose journalière (mg ou mg/kg) : 			
Programme d'échanges transfusionnels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Date dernière transfusion dans la vie : __ _ / __ _ / __ _ _ <input type="checkbox"/> ne sait pas			
Immunosuppresseur (y compris corticoïdes) ou Biothérapie (Crizanlizumab, anti TNF, ...) <input type="checkbox"/> Oui Si Oui, lequel et dose? <input type="checkbox"/> Non			
Anticoagulation à dose curative : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui : <input type="checkbox"/> AVK <input type="checkbox"/> NACO <input type="checkbox"/> HBPM			
Hospitalisation			
Date entrée hôpital __ _ / __ _ / __ _ _		Date sortie hôpital __ _ / __ _ / __ _ _	
Lieu d'hospitalisation 			
CVO osseuse associée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Syndrome thoracique aigu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Opacités radio des bases + signes respiratoires)	
Embolie pulmonaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/> Segmentaire		Thrombose veineuse profonde : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, localisation : 	
PIMS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		AVC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, type: 	
Scanner typique COVID (au moins verre dépoli) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas eu scanner			Si Oui, pourcentage lésions : %
Débit d'oxygène maximal durant l'hospitalisation : L/min			
Hospitalisation en réanimation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> VNI/CPAP <input type="checkbox"/> Optiflow <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> SDRA <input type="checkbox"/> Aucun			
Si Oui : Date entrée Réa __ _ / __ _ / __ _ _ Date sortie Réa __ _ / __ _ / __ _ _			
Transfusion CG au cours de l'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si Oui Nombre de CG reçus au total : Date de la première transfusion: __ _ / __ _ / __ _ _			
Saignée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Erythrophérèse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Traitement spécifique COVID : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Corticoïdes <input type="checkbox"/> Tocilizumab <input type="checkbox"/> Remdesivir <input type="checkbox"/> AC monoclonaux anti COVID			
Anticoagulation: <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> Dose Préventive double <input type="checkbox"/> Dose curative Autre : 			
Evolution : Décès: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, date: __ _ / __ _ / __ _ _			
Cause : 			
Autres informations importantes : 			

* Si grossesse, compléter la fiche grossesse page 2

NOM, Prénom, mail, hôpital

Fiche à adresser à djamal.khimoud@aphp.fr ou par fax 01 56 09 38 16

Information sur grossesse des patientes infectées par COVID-19

Au moment du remplissage de la fiche

Grossesse en cours : Grossesse terminée : Post-partum (< 1 mois) :

Date dernière règles : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Retard de croissance in utero : Oui Non

Si grossesse terminée :

Fausse couche : Oui Non Si Oui, date: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Date d'accouchement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Complications obstétricales :

.....
.....
.....

Enfant :

Prématuré : Oui Non

Sexe : Fille Garçon

Taille naissance : |.....| cm

Poids naissance : |.....| g

Autres problèmes à signaler :

.....
.....
.....