

Affection post-COVID-19 (COVID longue)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8

Tél. : 613-526-9397, poste 239

Télec. : 613-526-3332

pcsp@cps.ca

www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par le PCSP)

Numéro du rapport :

Mois de la déclaration :

Province :

Date du jour :

Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Si l'information demandée est difficile à obtenir, laissez la réponse vierge. Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DE L'AFFECTION POST-COVID-19 (COVID LONGUE)

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui respecte les deux critères suivants :

1) Présence d'au moins un symptôme nouveau ou persistant après la guérison de la COVID-19 aiguë (démontrée par des tests de laboratoire ou hautement soupçonnée en raison des antécédents cliniques)

ET

2) Persistance de ces symptômes pendant au moins huit (8) semaines

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT

1.1 Mois/année de naissance : ____ / ____
MM AAAA

1.2 Sexe assigné à la naissance : Masculin Féminin Intersexué

1.3 Trois premiers caractères du code postal du patient : ____ _ _

1.4 Groupe de population déclaré par le patient ou la famille (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Noir | <input type="checkbox"/> Chinois | <input type="checkbox"/> Philippin |
| <input type="checkbox"/> Japonais | <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Latino-Américain | <input type="checkbox"/> Blanc |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations | <input type="checkbox"/> Inuit | <input type="checkbox"/> Métis | <input type="checkbox"/> Inconnu, ou non demandé |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est
(p. ex., vietnamienne,
cambodgienne,
laotienne) | <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique (p. ex.,
Indien d'Asie,
Pakistanaï, Sri Lankais) | <input type="checkbox"/> Ouest-Asiatique
(p. ex., Iranien,
Afghan) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

SECTION 2 – AFFECTIONS CONCOMITANTES

2.1 Ce patient a-t-il des affections chroniques concomitantes qui précèdent le diagnostic de COVID-19 aiguë?

Oui Non Inconnu

Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :

<input type="checkbox"/> Asthme <input type="radio"/> N'a pas besoin de médicaments d'entretien quotidiens <input type="radio"/> A besoin de médicaments d'entretien quotidiens	<input type="checkbox"/> Obésité Indiquez la taille : _____ cm et le poids : _____ kg
<input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Allergies saisonnières ou environnementales <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Autres troubles de santé mentale (actifs ou résolus), précisez : _____	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="radio"/> Diabète de type 1 <input type="radio"/> Diabète de type 2
<input type="checkbox"/> Migraines ou céphalées chroniques	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

SECTION 3 – VACCINATION CONTRE LA COVID-19

3.1 Ce patient a-t-il reçu des vaccins contre la COVID-19? Oui Non Inconnu

Dans la négative, passez à la question 4.1.

Dans l'affirmative, 3.1.1 Nombre de doses : 1 2 3 4 Inconnu

- 3.1.2 Date du premier vaccin : _____ / _____ / _____ Inconnu
 JJ MM AAAA
- 3.1.3 Date du deuxième vaccin : _____ / _____ / _____ Inconnu Le patient n'a pas reçu de deuxième dose
 JJ MM AAAA
- 3.1.4 Date du troisième vaccin : _____ / _____ / _____ Inconnu Le patient n'a pas reçu de troisième dose
 JJ MM AAAA
- 3.1.5 Date du quatrième vaccin : _____ / _____ / _____ Inconnu Le patient n'a pas reçu de quatrième dose
 JJ MM AAAA
- 3.1.6 Y a-t-il des doses de vaccin de COVID-19 administrées après l'apparition des symptômes de COVID longue?
 Oui Non Inconnu
- 3.1.6.1 *Dans l'affirmative*, quelle était la perception du patient ou de la famille à l'égard de l'effet du vaccin contre la COVID-19 sur les symptômes de COVID longue? Atténuation des symptômes
 Aggravation des symptômes Pas d'effet sur les symptômes
 Patient ou famille pas certain ou ne sait pas Inconnu du médecin déclarant

SECTION 4 – DÉTAILS DE LA COVID-19 AIGÜE

- 4.1 Le patient a-t-il été atteint de la COVID-19 aiguë plus d'une fois? Oui Non Inconnu
- 4.1.1 *Dans l'affirmative*, combien de fois le patient a-t-il été atteint d'une COVID-19 aiguë confirmée ou hautement présumée? _____ fois
- Note** : Si le patient a été atteint d'une COVID-19 aiguë confirmée ou hautement présumée plus d'une fois, veuillez répondre aux questions suivantes d'après l'épisode le plus récent ET avant l'apparition des symptômes de COVID longue.
- 4.2 Date d'apparition des symptômes de COVID-19 aiguë : _____ / _____ Inconnu Asymptomatique
 MM AAAA
- 4.3 Des tests microbiologiques ont-ils été effectués pour diagnostiquer la COVID-19? Oui Non Inconnu
- 4.3.1 *Dans l'affirmative*, remplissez une colonne du tableau suivant pour chaque résultat de test disponible :

Date	_____ / _____ / _____ JJ MM AAAA	_____ / _____ / _____ JJ MM AAAA	_____ / _____ / _____ JJ MM AAAA
Test	<input type="radio"/> Réaction en chaîne par la polymérase <input type="radio"/> Antigène rapide <input type="radio"/> Sérologie <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Autre, précisez : _____	<input type="radio"/> Réaction en chaîne par la polymérase <input type="radio"/> Antigène rapide <input type="radio"/> Sérologie <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Autre, précisez : _____	<input type="radio"/> Réaction en chaîne par la polymérase <input type="radio"/> Antigène rapide <input type="radio"/> Sérologie <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Autre, précisez : _____
Résultat	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Indéterminé <input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Indéterminé <input type="radio"/> Inconnu	<input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Indéterminé <input type="radio"/> Inconnu

- 4.3.2 *Dans la négative*, le diagnostic de COVID-19 aiguë a-t-il été posé par l'anamnèse clinique seulement?
 Oui Non Inconnu
- 4.3.2.1 *Dans l'affirmative*, le patient avait-il eu un contact connu avec la COVID-19?
 Contact connu avec une personne atteinte de COVID-19 confirmée?
 Contact connu avec une personne atteinte de COVID-19 probable?
 Aucun contact connu
 Histoire de contacts inconnue
- 4.4 Niveau de soins le plus élevé obtenu pendant la COVID-19 aiguë :
 Soins à la maison Consultations externes ou aux urgences Aile d'hospitalisation
 Unité de soins intensifs Inconnu
- 4.5 Le patient a-t-il éprouvé des complications graves pendant la phase aiguë de la maladie (p. ex., pneumonie, syndrome de détresse respiratoire aiguë, encéphalite nécrosante aiguë, sepsis bactérien, infection fongique)?
 Oui Non Inconnu

Symptômes cognitifs (« cerveau embrouillé ») p. ex., troubles de mémoire, d'attention, à trouver ses mots, lenteur à traiter l'information	<input type="radio"/>						
Fatigue <i>En cas de fatigue, y a-t-il une fatigue après l'effort?</i>	<input type="radio"/>						
Autre, précisez : _____ _____	<input type="radio"/>						
Autre, précisez : _____ _____	<input type="radio"/>						

5.5 Le patient ou la famille a-t-il déclaré que l'une des conséquences suivantes était attribuable aux symptômes persistants ?

	Oui	Non	Inconnu
Conséquences négatives sur la performance scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminution de la participation aux activités physiques (p. ex., cours de danse, activités sportives, jeux extérieurs actifs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminution de la participation aux activités sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiments de détresse de la part du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiments de détresse de la part des membres de la famille du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminution de la capacité d'effectuer des activités de soins personnels (p. ex., s'habiller, se laver)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre, précisez : _____			

5.6 Les membres de la famille du patient ont-ils ou ont-ils déjà eu la COVID longue? Oui Non Inconnu

Dans l'affirmative, précisez les relations avec le patient (cochez toutes les réponses applicables) :

Parent Frère ou sœur Grand-parent Autre, précisez : _____

5.7 Les traitements, les stratégies de prise en charge ou les orientations vers des spécialistes après l'évaluation initiale par le médecin déclarant (cochez toutes les réponses applicables) :

- Médicaments (p. ex., antihistaminiques, inhalateurs, stéroïdes, mélatonine, analgésiques, antipyrétiques, pilules d'iode)
- Réadaptation (p. ex., physiothérapie, ergothérapie, programme d'exercices)
- Mesures d'hygiène du sommeil (p. ex., adoption d'un horaire de sommeil, et d'habitudes au coucher, siestes diurnes)
- Soutien psychologique ou soutien en santé mentale
- Orientation vers d'autres spécialistes, précisez : _____
- Adaptations au programme scolaire
- Autre, précisez : _____

5.8 D'après l'évaluation clinique du médecin traitant, quelle est la probabilité que les symptômes persistants du patient soient liés à l'épisode de COVID-19 aiguë? Indéniable Probable Possible Peu probable

SECTION 6 – AUTRES RENSEIGNEMENTS

6.1 Acceptez-vous que le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) communique avec vous pour obtenir des compléments d'information au sujet du présent questionnaire? Oui Non

- 6.2 Acceptez-vous que l'équipe de recherche communique avec vous pour participer à une étude distincte du processus du PCSP, qui pourrait être réalisée pour mieux comprendre les répercussions à long terme et l'épidémiologie de la COVID longue chez les enfants et les adolescents? *Dans l'affirmative, vous acceptez que le PCSP fournisse vos coordonnées à l'équipe de l'étude (dirigée par la docteure Anu Wadhwa) en vue d'un suivi potentiel :* Oui Non

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(COVID LONGUE 2022/09)