

COVID-19

1) Patients hospitalisés atteints d'une COVID-19 aiguë (virus SARS-CoV-2 ayant obtenu une confirmation microbiologique)

2) Patients hospitalisés atteints d'un syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant ou d'une maladie de Kawasaki ayant un lien temporel avec la COVID-19

3) Patients non hospitalisés atteints d'une COVID-19 aiguë (virus SARS-CoV-2 ayant obtenu une confirmation microbiologique) ET d'une affection chronique

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

100 – 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

Numéro de déclaration :

Mois de 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'ÉTUDE SUR LA COVID-19

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui respecte l'une des trois définitions de cas suivantes :

- 1) Patient HOSPITALISÉ atteint d'une COVID-19 aiguë (virus SARS-CoV-2 ayant obtenu une confirmation microbiologique)
- 2) Patient HOSPITALISÉ atteint d'un syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant ou d'une maladie de Kawasaki ayant un lien temporel avec la COVID-19, défini par :

- une fièvre persistante (>38 °Celsius pendant trois jours ou plus) et des marqueurs inflammatoires élevés (protéine C-réactive [CRP], vitesse de sédimentation [VSE] ou ferritine)

ET l'une des affections suivantes ou les deux :

- des caractéristiques de la maladie de Kawasaki (forme complète ou incomplète)
- un syndrome de choc toxique (classique ou non)

ET

- l'absence d'une autre étiologie pour expliquer le tableau clinique.

NOTE IMPORTANTE : Déclarer les patients, quel que soit leur statut de SARS-CoV-2.

- 3) Patient NON HOSPITALISÉ atteint d'une COVID-19 aiguë (virus SARS-CoV-2 ayant obtenu une confirmation microbiologique) ET d'au moins l'une des caractéristiques ou affections chroniques suivantes :

Moins de 12 mois	Asthme
Obésité	Pneumopathie chronique
Cardiopathie congénitale	Néphropathie chronique
Prise d'immunosuppresseurs (fortes doses de stéroïdes*, chimiothérapie, produits biologiques, immunomodulateurs)	Tumeur solide ou cancer hématologique
Transplantation d'un organe solide	Greffe de moelle osseuse
Immunodéficience primaire ou secondaire	Affection neurologique ou neurodéveloppementale chronique
Anémie falciforme ou autre affection hématologique chronique	Diabète
Trachéostomie	Maladie rhumatologique ou auto-immune chronique
Maladie inflammatoire de l'intestin ou autre maladie gastro-intestinale ou hépatique chronique	Maladie génétique ou métabolique

* Correspondant à au moins 2 mg/kg ou 20 mg/jour de prednisone pendant au moins 2 semaines

PRÉCISEZ LA DÉFINITION DE CAS FAISANT L'OBJET DE LA DÉCLARATION (cochez toutes les réponses applicables) :

- Patient hospitalisé atteint d'une COVID-19 aiguë
- Patient hospitalisé atteint d'un syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant ou d'une maladie de Kawasaki ayant un lien temporel avec la COVID-19
- Patient non hospitalisé atteint d'une COVID-19 aiguë ET d'au moins l'une des caractéristiques ou affections chroniques ou un patient moins de 12 mois

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1.1 Date de naissance : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : Masculin Féminin Intersexe

1.3 Trois premiers signes du code postal du patient : ____ ____ ____

1.4 Groupes de la population (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 |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (p. ex., Vietnamien, Cambodgien, Laotien) | <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique (p. ex., Indien d'Asie, Pakistanais, Sri-Lankais) | <input type="checkbox"/> Ouest-Asiatique (p. ex., Iranien, Afghan) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

ASSOCIATION AVEC LA COVID-19

1.5 Le patient a-t-il un résultat positif au virus SARS-CoV-2? Oui Non En attente

Dans l'affirmative, précisez la date : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

Si vous avez répondu « Non » ou « En attente », passez à la question 1.6.

1.5.1 *Dans l'affirmative, quel était le mode de diagnostic microbiologique (cochez toutes les réponses applicables)?*

- Amplification en chaîne par polymérase (PCR) ou amplification des acides nucléiques Sérologie
 Test rapide au point de service Autre, précisez : _____ Inconnu

1.5.2 *Dans l'affirmative, quel était le type d'échantillons positif au virus SARS-CoV-2 (cochez toutes les réponses applicables)?*

- Écouvillon nasopharyngé Écouvillon nasal Écouvillon de gorge Aspirat trachéal
 Sang (PCR) Sang (sérologie – avant les IgIV) Sang (sérologie – après les IgIV) Selles
 Autre, précisez : _____
 Inconnu

1.6 Le patient a-t-il voyagé à l'étranger (hors de la province ou du pays) dans les 12 semaines précédant l'apparition des symptômes? Oui Non Inconnu

1.6.1 *Dans l'affirmative, où?* _____

1.6.2 Date du retour (si elle est connue) : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

1.7 Le patient a-t-il eu un **contact étroit connu** (faisant ou non partie du ménage) avec un cas de COVID-19 ayant obtenu une **confirmation** microbiologique dans les huit semaines précédant l'apparition des symptômes? Oui Non Inconnu

1.7.1 *Dans l'affirmative, précisez la relation avec le patient (p. ex., parent, enseignant, ami) :* _____

- 1.8 Des **membres du ménage** ont-ils commencé à se sentir malades et à éprouver des symptômes évocateurs de la COVID-19 (**SANS** confirmation microbiologique) dans les huit semaines précédant l'apparition des symptômes?
 Oui Non Inconnu
 1.8.1 *Dans l'affirmative*, précisez qui (p. ex., frère ou sœur, parent) : _____
- 1.9 Soupçonne-t-on que le patient a contracté la COVID-19 à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée (infection nosocomiale)?
 Oui, à l'hôpital Oui, en soins de longue durée Non Inconnu

SECTION 2 – FACTEURS DE RISQUE POTENTIELS

- 2.1 Le patient est-il né prématurément? Oui Non Inconnu
 2.1.1 *Dans l'affirmative*, âge gestationnel à la naissance : _____ semaines _____ jours
- 2.2 Ce patient vapote-t-il? Oui Non Inconnu
- 2.3 Ce patient fume-t-il? Oui Non Inconnu
 2.3.1 *Dans l'affirmative*, précisez (p. ex., cigarette, cannabis, autre) : _____
- 2.4 Le patient a-t-il vécu de la précarité en matière de logement depuis quatre semaines?
 Oui Non Inconnu
- 2.5 Les vaccins systématiques de ce patient sont-ils à jour par rapport à son âge? Oui Non Inconnu
 2.5.1 *Dans la négative*, énumérez les vaccins qui ne sont pas à jour par rapport à son âge : _____
- 2.6 Ce patient a-t-il reçu le vaccin antigrippal de cette année? Oui Non Inconnu
- 2.7 Ce patient courait-il d'autres facteurs de risque épidémiologiques de contracter le virus SARS-CoV-2?
 Oui Non Inconnu
 2.7.1 *Dans l'affirmative*, précisez : _____

SECTION 3 – AFFECTIONS MÉDICALES ET TRAITEMENT

- 3.1 Ce patient a-t-il des affections médicales chroniques? Oui Non Inconnu

Si vous avez répondu « Non » ou « Inconnu », passez à la section 4.

Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :

<input type="checkbox"/> Asthme <input type="radio"/> N'a pas besoin de médicaments de contrôle au quotidien <input type="radio"/> A besoin de médicaments de contrôle au quotidien	<input type="checkbox"/> Pneumopathie chronique <input type="checkbox"/> Fibrose kystique <input type="checkbox"/> Dysplasie bronchopulmonaire ou pneumopathie chronique du prématuré <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Obésité Précisez la taille (en cm) : ___ et le poids (en kg) : ____	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="radio"/> Diabète insulino-dépendant <input type="radio"/> Diabète non insulino-dépendant
<input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale Précisez le type, s'il est connu : _____ <input type="radio"/> Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Néphropathie chronique Précisez le type s'il est connu : _____ Sous dialyse : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Prise d'immunosuppresseurs au cours des quatre dernières semaines Précisez les médicaments : _____	<input type="checkbox"/> Cancer (actif ou en cours de traitement) Précisez le type s'il est connu : _____
<input type="checkbox"/> Transplantation d'un organe solide Précisez l'organe et l'année de transplantation : _____	<input type="checkbox"/> Greffe de moelle osseuse Précisez le type et l'année de transplantation : _____
<input type="checkbox"/> Immunodéficience primaire Précisez le diagnostic, s'il est connu : _____	<input type="checkbox"/> Immunodéficience secondaire Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Anémie falciforme ou autre affection hématologique chronique Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Affection neurologique ou neurodéveloppementale <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale <input type="checkbox"/> Trouble génétique, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

<input type="checkbox"/> Trachéostomie	<input type="checkbox"/> Maladie rhumatologique ou auto-immune chronique Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire de l'intestin Précisez le type s'il est connu : _____ <input type="checkbox"/> Autre maladie gastro-intestinale ou hépatique chronique Précisez le type s'il est connu : _____	<input type="checkbox"/> Maladie génétique ou métabolique Précisez le type s'il est connu : _____
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	

SECTION 4 – PRÉSENTATION CLINIQUE – REMPLIR SEULEMENT SI LE PATIENT EST ATTEINT D'UNE COVID-19 AIGUË (VIRUS SARS-COV-2 AYANT OBTENU UNE CONFIRMATION MICROBIOLOGIQUE)

**** Si vous déclarez un cas de PATIENT HOSPITALISÉ ATTEINT D'UN SYNDROME INFLAMMATOIRE MULTISYSTÉMIQUE DE L'ENFANT OU D'UNE MALADIE DE KAWASAKI, PASSEZ À LA SECTION 5.**

4.1 Ce patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non

Dans la négative, passez à la question 4.2.

4.1.1 Dans l'affirmative, date d'admission : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

4.1.2 Dans l'affirmative, ce patient a-t-il été hospitalisé principalement pour :

recevoir des soins liés à des symptômes évocateurs de la COVID-19 aiguë?

recevoir des soins qui ne sont pas liés à des symptômes évocateurs de la COVID-19 aiguë (découverte fortuite chez un patient hospitalisé pour une autre raison)?

Dans l'affirmative, décrivez : _____

recevoir des soins en vue de l'isolement ou du contrôle de l'infection après un test de dépistage positif au virus SARS-CoV-2 (soins de confort à un patient qui vit dans un établissement de soins de longue durée ou un foyer de groupe)?

Dans l'affirmative, décrivez : _____

des raisons humanitaires ou des raisons de compassion?

Dans l'affirmative, décrivez : _____

4.2 Symptômes et signes à la présentation (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Léthargie | <input type="checkbox"/> Éruption | <input type="checkbox"/> Céphalée |
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Perte d'odorat |
| <input type="checkbox"/> Écoulement nasal | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Perte de goût |
| <input type="checkbox"/> Éternuements | <input type="checkbox"/> Manifestations cutanées, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

4.3 Durée totale des symptômes avant le diagnostic de COVID-19, s'il est connu : ____ jours

4.4 Pendant l'évolution de la COVID-19, le patient a-t-il présenté l'une des affections suivantes (**cochez toutes les réponses applicables**)?

<p><u>Respiratoires</u></p> <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Bronchiolite <input type="checkbox"/> Syndrome de détresse respiratoire aiguë	<p><u>Inflammatoires</u></p> <input type="checkbox"/> Tempête cytokinique, syndrome d'activation des macrophages	<p><u>Neurologiques</u></p> <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> Encéphalopathie <input type="checkbox"/> Encéphalopathie nécrosante aiguë <input type="checkbox"/> Coma
<p><u>Hématologiques</u></p>	<p><u>Cardiaques</u></p> <input type="checkbox"/> Hypotension	<p><u>Autres</u></p>

<input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation, précisez : Temps de prothrombine (PT)/ rapport international normalisé (INR) : _____ Temps partiel de thromboplastine (PTT) : _____ D-dimères : _____ <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Lymphopénie <input type="checkbox"/> Neutropénie <input type="checkbox"/> Thrombocytose	<input type="checkbox"/> Dysfonction cardiaque aiguë (myocardite, péricardite), précisez : _____	<input type="checkbox"/> Changements cutanés, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Symptômes gastro-intestinaux (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée), précisez : _____ <input type="checkbox"/> Hépatite, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement rénal, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
---	--	---

SECTION 5 –PRÉSENTATION CLINIQUE – REMPLIR SEULEMENT SI LE PATIENT HOSPITALISÉ EST ATTEINT D'UN SYNDROME INFLAMMATOIRE MULTISYSTÉMIQUE DE L'ENFANT OU D'UNE MALADIE DE KAWASAKI AYANT UN LIEN TEMPOREL AVEC LA COVID-19

**** Si vous déclarez un cas de PATIENT ATTEINT D'UNE COVID-19 AIGUË (VIRUS SARS-COV-2 AYANT OBTENU UNE CONFIRMATION MICROBIOLOGIQUE), PASSEZ À LA SECTION 6.**

- 5.1 Date d'admission à l'hôpital : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA
- 5.2 Fièvre
5.2.1 Nombre de jours de fièvre au diagnostic : ____ ○ Inconnu
5.2.2 Nombre total de jours de fièvre (DÉBUT de la fièvre jusqu'à la résolution complète) : ____ ○ Inconnu
- 5.3 Depuis huit semaines, ce patient a-t-il dû être hospitalisé parce qu'il était atteint d'une COVID-19 aiguë?
○ Oui ○ Non ○ Inconnu
- 5.4 S'agit-il d'une réoccurrence de la maladie de Kawasaki? ○ Oui ○ Non ○ Inconnu
5.4.1 *Dans l'affirmative*, précisez le mois et l'année du diagnostic antérieur de maladie de Kawasaki le plus récent : ____ mois ____ années
- 5.5 **Caractéristiques cliniques**
- | | Oui | Non | Inconnu |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5.5.1 Changements aux extrémités (p. ex., rougeur, œdème) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.5.2 Éruption
<i>Dans l'affirmative</i> , précisez : _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.5.3 Hyperhémie conjonctivale bulbaire bilatérale sans exsudat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.5.4 Changements des lèvres ou de la cavité buccale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.5.5 Lymphadénopathie cervicale d'un diamètre supérieur à 1,5 cm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.5.6 Douleurs abdominales, vomissements, diarrhée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.5.7 Trouble de la coagulation
<i>Dans l'affirmative</i> , précisez le temps de prothrombine (PT)/rapport international normalisé (INR) ou le temps partiel de thromboplastine (PTT) : _____ | | | |
| 5.5.8 Desquamation périunguëale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5.6 Le patient présentait-il des caractéristiques cliniques évocatrices d'un état de choc ou d'une hypotension?
○ Oui ○ Non ○ Inconnu
- 5.7 **Résultats de laboratoire**
5.7.1 Protéine C-réactive (CRP) la plus élevée : _____
5.7.2 Vitesse de sédimentation (VSE) la plus élevée : _____
5.7.3 Ferritine la plus élevée : _____

- 5.7.4 D-dimères les plus élevés : _____
- 5.7.5 Troponine la plus élevée : _____
- 5.7.6 Enzymes hépatiques les plus élevées (aspartate aminotransférase [AST], alanine aminotransférase [ALT], lactate déshydrogénase [LDH]), bilirubine) : _____
- 5.7.7 Sodium le plus bas : _____
- 5.7.8 Albumine la plus basse : _____
- 5.7.9 Numération plaquettaire la plus basse (patient hospitalisé) : _____
- 5.7.10 Numération plaquettaire la plus élevée (si le patient est vu en suivi) : _____

5.8 Une échocardiographie a-t-elle été effectuée? Oui Non Inconnu

Si vous avez répondu « Non » ou « Inconnu », passez à la section 6.

5.8.1 Dans l'affirmative :

(Note : Si de multiples échocardiographies ont été effectuées, fournissez les résultats de celle ayant donné les résultats les plus graves.)

A-t-on observé une ectasie coronaire? Oui Non; Dimension maximale (selon le score z) : _____

A-t-on observé une dilatation coronarienne? Oui Non; Dimension maximale (selon le score z) : _____

A-t-on observé un ou plusieurs anévrysmes coronariens? Oui Non; Dimension maximale (selon le score z) : _____

A-t-on observé une diminution de la fonction cardiaque? Oui Non; Dans l'affirmative, précisez la fraction d'éjection : _____

A-t-on observé d'autres troubles cardiaques? Myocardite Épanchement péricardique
 Insuffisance valvulaire Autre, précisez : _____

SECTION 6 – INFECTIONS CONCOMITANTES ET IMAGERIE

6.1 Le patient a-t-il souffert d'autres infections **virales concomitantes** confirmées?

Oui Non Inconnu

6.1.1 Dans l'affirmative, **cochez toutes les réponses applicables** : Virus respiratoire syncytial
 Influenza Autre, précisez : _____

6.2 Le patient a-t-il souffert d'autres infections concomitantes ayant obtenu une confirmation microbiologique?

Oui Non Inconnu

6.2.1 Dans l'affirmative, précisez : _____

6.3 Le patient a-t-il souffert d'autres infections concomitantes **diagnostiquées sur le plan clinique**?

Oui Non Inconnu

6.3.1 Dans l'affirmative, précisez : _____

6.4 Le patient a-t-il subi des examens d'imagerie (**cochez toutes les réponses applicables**)?

Radiographie pulmonaire : Oui Non

Dans l'affirmative, décrivez les principales observations : _____

Tomodensitométrie : Oui Non

Dans l'affirmative, décrivez les zones anatomiques et les principales observations : _____

Imagerie par résonance magnétique : Oui Non

Dans l'affirmative, décrivez les zones anatomiques et les principales observations : _____

Autre, précisez : _____

SECTION 7 – TRAITEMENT

7.1 Traitement

	Oui	Non	Nom des produits, s'il y a lieu
Bronchodilatateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Azithromycine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	n.a.
Autres antibiotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. 2.

		3.
Remdésivir		
Autres antiviraux	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1. 2. 3.
Stéroïdes	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Hydroxychloroquine	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Chloroquine	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Immunoglobulines (IgIV) <i>Dans l'affirmative, précisez le nombre de doses : _____</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Aspirine	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Anti-TNF	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Anti-IL-1 (p. ex., anakinra, canakinumab)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Anti-IL-6 (p. ex., tocilizumab)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Anticoagulation prophylactique	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Anticoagulation thérapeutique	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Anticoagulation mécanique (p. ex., bas anti-embolie, bottes pneumatiques)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Autre (p. ex., produits sanguins, autres traitements antiplaquetaires)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

7.2 Ce patient participe-t-il à un essai clinique et reçoit-il un nouveau traitement (p. ex., plasma de convalescents, antirétroviraux?) Oui Non Inconnu

7.2.1 *Dans l'affirmative, précisez :* _____

7.3 Quel a été le plus haut niveau de soins requis? Géré à domicile Unité de soins Soins intensifs

7.3.1 *Si le patient a été admis aux soins intensifs, quelle a été la durée totale de son séjour? _____ jours*
Est-il encore aux soins intensifs? Oui Non

7.4 Le patient a-t-il reçu l'une des formes suivantes d'assistance respiratoire ou une autre assistance (**cochez toutes les réponses applicables**)?

Oxygénothérapie accrue à domicile

Oxygène à faible débit

Lunettes nasales à haut débit

Ventilation non invasive (p. ex., pression positive continue [CPAP] ou pression positive continue à deux niveaux [BiPAP])

Ventilation mécanique traditionnelle

Ventilation oscillatoire à haute fréquence

Monoxyde d'azote (NO)

Oxygénation extracorporelle (ECMO)

Vasopresseurs

Thrombectomie chirurgicale

Hémofiltration

7.5 Le patient a-t-il souffert d'autres complications pendant la durée de la maladie? Oui Non Inconnu

7.5.1 *Dans l'affirmative, précisez :* _____

7.6 Quelles ont été les dispositions définitives? Le patient :

- est demeuré à la maison est demeuré à l'hôpital a obtenu son congé de l'hôpital vers la maison
 a été transféré dans un autre établissement est décédé Inconnu

7.6.1 Si le patient a été transféré dans un autre établissement, précisez-en la raison : _____

7.6.2 Si le patient est décédé, précisez la cause du décès : _____

SECTION 8 – TRAITEMENT

8.1 Autre information : _____

- J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information au sujet du présent questionnaire.
 Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour obtenir des compléments d'information au sujet du présent questionnaire.

RÉPERCUSSIONS À LONG TERME

Une étude distincte pourrait être réalisée pour mieux comprendre les répercussions à long terme et l'épidémiologie de la COVID-19 chez les enfants et les adolescents. Acceptez-vous que le groupe d'étude prenne contact avec vous dans l'avenir pour vous poser des questions de suivi au sujet du présent cas? Oui Non

(Dans l'affirmative, vous acceptez que le PCSP transmette vos coordonnées au groupe d'étude, dirigé par le docteur Shaun Morris, en vue d'un suivi potentiel.)

SECTION 9 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR REMPLI CE QUESTIONNAIRE. VOTRE PARTICIPATION EST PRIMORDIALE.