

FICHE DE RECUEIL

Investigateur : _____

Centre : _____

Initiales du patient : ___-___

Sexe : F H

Date de naissance : ____/____/____

POIDS (KG) : _____ TAILLE (CM) : _____

CO-MORBIDITE(S) AUTRE(S) QUE LE CANCER : OUI NON

Si OUI préciser :

- Diabète : OUI NON Si OUI, préciser insulino-dépendant : OUI NON

- HTA : OUI NON

- ATCD d'AVC, de coronaropathie, de chirurgie cardiaque ou d'ins. cardiaque : OUI NON si OUI : préciser : _____

- Pathologie chronique respiratoire : OUI NON

- Insuffisance rénale chronique : OUI NON si OUI, préciser dialyse : OUI NON

- Immunodépression congénitale ou acquise : OUI NON Si OUI, préciser : médicament immunosuppresseur autre la chimiothérapie (préciser : _____), infection VIH, greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, splénectomie, autre (préciser) : _____

- Cirrhose \geq Child B : OUI NON

- Obésité Morbide (IMC \geq 40) : OUI NON

- Autre : OUI NON Si OUI, préciser : _____

Vacciné contre la grippe OUI NON, Information non disponible

Vacciné contre le pneumocoque OUI NON ; Information non disponible

Si patient \geq 75 ans : préciser le score G8 : _____ (date du G8 : ____/____/____) et éventuelle Evaluation Gériatrique Personnalisée (EGP) : OUI NON

DONNEES CARCINOLOGIQUES

Type de cancer : Tumeur solide – Hémopathie – Les deux

Si hémopathie préciser le type : _____

Si tumeur solide préciser le primitif : _____ Type anatomopathologique : _____

Localisé : OUI NON Métastatique : OUI NON

Si métastatique :

- nb de site métastatique : _____

- préciser les sites : foie, poumon, péritoine, os, ganglion, cérébrale ; autre (Préciser) : _____

Plusieurs tumeurs solides « synchrones » : OUI NON Si OUI, préciser : _____

Traitement en cours :

Date de début du traitement en cours : ____/____/____

Type de traitement en cours :

- Chimiothérapie (quelque soit la classe médicamenteuse et la voie d'administration - cytotoxique, anticorps monoclonaux, immunothérapie, TKI, hormonothérapie ...), préciser : _____

En cas de chimiothérapie cytotoxique, date du J1 du dernier cycle administré : ____/____/____

- Radio-chimiothérapie, préciser le schéma de chimiothérapie associé : _____

- Radiothérapie

Objectif du traitement anti-cancéreux en cours : adjuvant, néo-adjuvant, curatif, palliatif

Si chimiothérapie palliative : préciser la ligne de traitement _____

Traitement anti-cancéreux qui a pris fin dans les 2 mois précédant : OUI / NON

Si OUI, Préciser le(s) type(s) de traitement : _____

Date de fin de traitement : ____/____/____

Chirurgie carcinologique récente (< 3 mois) : OUI NON

Si OUI, laquelle : _____ Date de la chirurgie : ____/____/____

Statut OMS à la date de la dernière administration de chimiothérapie ou de la dernière consultation de suivi : 0, 1, 2, 3 Date à préciser : ____/____/____

Résultats du dernier bilan biologique réalisé (préciser la date : ____/____/____) : Hb : ____ g/dl ; GB : ____/mm³ ; PNN : ____/mm³ ; Lymphocytes : ____/mm³ ; créatinémie : ____ micromol/L ;

Albuminémie : ____ g/L ; LGH : ____ UI/L ; PAL : ____ IU/L

Patient infecté par le COVID-19

Date du diagnostic de l'infection COVID-19 : ____/____/____

Patient testé : OUI NON Si OUI, date du test : ____/____/____

Indication du test :

- Dépistage OUI NON
- Symptômes OUI NON (si symptômes préciser : diarrhée, toux, anosmie, dyspnée, insuffisance respiratoire aiguë, autre (préciser) : _____)

Préciser le statut « patient infecté par le COVID-19 » : **COVID-19 + certain** OU **COVID-19 + probable**

(Patient COVID-19 + certain : test positif ; Patient COVID-19 + probable : clinique compatible et images scannographiques pulmonaires évocatrices avec un test négatif)

Forme de l'infection COVID-19 :

- Forme asymptomatique
- Forme non grave (infection des voies aériennes supérieures (rhinopharyngite, toux, odynophagie), conjonctivite, syndrome pseudo-grippal avec céphalées, myalgies, asthénie, diarrhées, infection respiratoire basse pauci symptomatique (fièvre, toux, absence de dyspnée mais présence d'images compatibles avec une pneumonie radiologique))
- Forme grave (pneumonie hypoxémiante, SDRA)

Pour les patients de 75 ans et plus :

Présence de symptômes atypiques sujets âgés :

- Troubles digestifs (notamment diarrhée) : Oui/Non/Information non disponible
- Etat confusionnel : Oui/Non/Information non disponible
- Chutes dans les x jours avant le diagnostic : Oui/Non/Information non disponible
- Variation anormale de température (alternance hyperthermie / hypothermie) :
Oui/Non/Information non disponible
- Anosmie brutale sans obstruction nasale : Oui/Non/Information non disponible
- Agueusie : Oui/Non/Information non disponible

Prise en charge du COVID-19 :

- en ambulatoire OUI NON
- en hospitalisation OUI NON (si OUI : médecine, USI, réanimation)

Si hospitalisation :

Date d'hospitalisation : ____/____/____ Date de sortie : ____/____/____

Evolution de l'infection COVID-19 :

Favorable OUI NON si NON préciser : _____

Décès OUI NON (si OUI, date du décès : ____/____/____)

Préciser la cause du décès : COVID-19 CANCER AUTRE CAUSE (préciser : _____)

Date des dernières nouvelles : ____/____/____

Statut : VIVANT DCD