

Follow-up

Date de randomisation

Veillez signaler uniquement les événements survenus depuis la première randomisation jusqu'à 28 jours plus tard sur ce formulaire (à l'exception de la question 3).

*

Année de naissance du patient

Sexe du patient

*

- Homme
- Femme
- Pas connu

» Statut vital

0. Quel est le statut vital du patient ?

*

- Vivant
- Décédé

0.1 Quel est le statut d'hospitalisation actuel du patient ?

*

- Patient hospitalisé
- Déchargé

Le patient est inscrit à l'essai depuis **NaN** jours.

0.1.1 Date de remplissage du formulaire de suivi

yyyy-mm-dd

0.1.1 Quelle était la date de sortie de l'hôpital?

*

yyyy-mm-dd

0.1 Quelle est la date du décès ? *

yyyy-mm-dd

0.2 Quelle était la cause sous-jacente du décès ? *

- COVID-19
- Grippe
- Pneumonie communautaire
- Autre infection
- Cardiovasculaire
- Autre

Veillez donner des détails

» Traitements

1. Parmi les traitements suivants, lequel(s) le patient a-t-il certainement reçu dans le cadre de son hospitalisation après randomisation ? *

(Remarque : inclure le médicament attribué dans le cadre de l'étude RECOVERY, uniquement s'il a été administré, PLUS tout autre traitement s'il a été administré dans le cadre de soins hospitaliers standard)

- Corticostéroïde (dexaméthasone, prednisolone, hydrocortisone ou méthylprednisolone)
- Macrolide (p. ex. azithromycine, clarithromycine, érythromycine)
- Tocilizumab ou sarilumab
- Baricitinib
- Aucune des réponses ci-dessus

Lequel des traitements antigrippaux suivants le patient a-t-il donc reçu dans le cadre de son hospitalisation après randomisation ?

(Remarque : inclure le médicament attribué dans le cadre de l'étude RECOVERY, uniquement s'il a été administré, PLUS tout autre traitement s'il a été administré dans le cadre de soins hospitaliers standard)

- Oseltamivir
- Autre inhibiteur de la neuraminidase (p. ex. zanamivir, laninamivir)
- Baloxavir
- Favipiravir
- Aucune des réponses ci-dessus

Quel macrolide le patient a-t-il reçu ?

- Azithromycine
- Clarithromycine
- Érythromycine
- Autre

Veillez sélectionner le nombre de jours pendant lesquels le patient a reçu de l'oseltamivir

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Le participant a-t-il reçu un traitement à terminer à domicile ?

- Oui Non Inconnu

Veillez sélectionner le nombre de doses de baloxavir reçues par le patient

- 1 2

Le participant a-t-il reçu un traitement à terminer à domicile ?

- Oui Non Inconnu

Requis uniquement si la réponse à la question Q17.1 du formulaire de randomisation est Oui

L'échantillon de base sur écouvillon a-t-il été prélevé ? *

- Oui
 Non

L'échantillon de suivi du JOUR 5 a-t-il été prélevé ? *

- Oui
 Non
 Écouvillon renvoyé à la maison avec le patient

» Essai

Un test ANTIGÉNIQUE pour la grippe a-t-il été réalisé sur ce patient à un moment donné au cours de son admission ? *

(Si plusieurs tests ont été effectués et que les résultats étaient positifs et négatifs, veuillez cocher Oui - résultat positif et Oui - résultat négatif)

- Oui - résultat positif
 Oui - résultat négatif
 Pas effectué

Un test PCR pour la grippe a-t-il été réalisé sur ce patient à un moment donné lors de son admission ?

(Si plusieurs tests ont été effectués et que les résultats étaient positifs et négatifs, veuillez cocher Oui - résultat positif et Oui - résultat négatif)

- Oui - résultat positif
 Oui - résultat négatif
 Pas effectué

Quel était le sous-type de la grippe ?

- Grippe A (non spécifiée)
- Grippe A (H1N1)
- Grippe A (H3N2)
- Grippe B
- Autre (y compris la grippe aviaire)
- Inconnu

Veillez saisir le sous-type de grippe

Le patient a-t-il reçu un diagnostic de tuberculose pulmonaire ou de pneumonie à Pneumocystis lors de cette admission ? *

- Oui - tuberculose pulmonaire
- Oui - pneumocystose
- Non
- Inconnu

» Ventilation

4. Le patient a-t-il eu besoin d'une forme de ventilation assistée (c'est-à-dire plus qu'une simple supplémentation en oxygène) depuis le jour de la randomisation jusqu'à 28 jours plus tard ? *

- Oui
- Non

Merci de répondre aux questions suivantes:

4.1 Pendant combien de jours le patient a-t-il eu besoin d'une ventilation assistée ? *

4.2 Quel type de ventilation le patient a-t-il reçu ?

	Oui	Non	Inconnu
PPC seule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilation non invasive (p. ex. BiPAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxygène nasal à haut débit (p. ex. AIRVO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilation mécanique (intubation/trachéotomie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECMO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre total de jours pendant lesquels le patient a reçu une ventilation mécanique invasive (intubation/trachéotomie) depuis la randomisation jusqu'à sa sortie/son décès/28 jours après la randomisation

» Arythmie cardiaque

5. Le patient a-t-il été documenté comme présentant une NOUVELLE arythmie cardiaque à un moment donné depuis la randomisation principale jusqu'à 28 jours plus tard ? *

- Oui
 Non
 Inconnu

5.1 Veuillez sélectionner tous les éléments suivants qui s'appliquent

- Flutter auriculaire ou fibrillation auriculaire
 Tachycardie supraventriculaire
 Tachycardie ventriculaire (y compris torsades de pointes)
 Fibrillation ventriculaire
 Bloc auriculo-ventriculaire nécessitant une intervention (par exemple, stimulation cardiaque)

» Résultats rénaux

6. Le patient a-t-il eu besoin d'une dialyse rénale ou d'une hémofiltration depuis la randomisation principale jusqu'à 28 jours plus tard ? *

- Oui
 Non

6.1 Veuillez saisir le taux de créatinine le plus élevé enregistré après la randomisation jusqu'à 28 jours plus tard. *

Unité *

- $\mu\text{mol/L}$
 mg/dL

Date d'enregistrement *

yyyy-mm-dd

Sélectionner si le taux de créatinine n'est pas disponible *

- Pas disponible

» Thrombose et saignement

7. Au cours des 28 premiers jours après la randomisation (ou jusqu'à la sortie de l'hôpital si plus tôt), le participant a-t-il eu un événement thrombotique ? *

- Oui
 Non
 Inconnu

7.1 Veuillez indiquer le type d'événement thrombotique

Sélectionnez tout ce qui s'applique

- Embolie pulmonaire
 Thrombose veineuse profonde
 AVC ischémique
 Infarctus du myocarde
 Embolie artérielle systémique
 Autre

8. Au cours des 28 premiers jours après la randomisation (ou jusqu'à la sortie de l'hôpital si plus tôt), le participant a-t-il présenté un saignement cliniquement significatif, c'est-à-dire un saignement intra-crânien ou un saignement nécessitant une intervention (par exemple, une intervention chirurgicale, une endoscopie ou des médicaments vasoactifs) ou une transfusion sanguine ? *

- Oui
 Non
 Inconnu

8.1 Veuillez indiquer le(s) site(s) de saignement *

Sélectionnez tout ce qui s'applique

- Intra-crânien
- Gastro-intestinal
- Autre

8.2 Veuillez indiquer quelles interventions ont été nécessaires pour gérer le saignement *

Sélectionnez tout ce qui s'applique

- Transfusion sanguine
- Chirurgie
- Endoscopie
- Médicaments vasoactifs (par exemple, inotropes en soins intensifs)
- Aucune des réponses ci-dessus

» Autres infections

9. Au cours des 28 premiers jours après la randomisation (ou jusqu'à la sortie si plus tôt), le participant a-t-il développé une autre infection ? *

NB : ne pas enregistrer l'infection ayant conduit à l'entrée dans l'étude.

- Oui
- Non
- Inconnu

9.1 Veuillez indiquer le type d'infection

Sélectionnez tout ce qui s'applique

- Pneumonie
- Voies urinaires
- Biliaire
- Autres intra-abdominaux
- Circulation sanguine
- Peau
- Autre

Pneumonie - veuillez indiquer l'organisme putatif

- Bactérien
- Fongique
- Viral
- Autre
- Inconnu

Veuillez indiquer le virus

Remarque: ne renseignez pas le virus à l'origine de la participation à l'étude

- SRAS-CoV-2
- Grippe
- Autre/inconnu

Voies urinaires - veuillez indiquer l'organisme putatif

Bactérien Fongique Autre Inconnu

Biliaire - veuillez indiquer l'organisme putatif

Bactérien Fongique Autre Inconnu

Intra-abdominal - veuillez indiquer l'organisme putatif

Bactérien Fongique Autre Inconnu

Flux sanguin - veuillez indiquer l'organisme putatif

Veuillez sélectionner cette option uniquement en cas d'hémoculture positive, mais qu'aucun site anatomique connu n'a été trouvé.

Bactérien Fongique Autre Inconnu

Peau - veuillez indiquer l'organisme putatif

Bactérien Fongique Viral Autre Inconnu

Autre - veuillez indiquer l'organisme putatif

Bactérien Fongique Autre
 Inconnu

Veuillez décrire le site anatomique**» Complications métaboliques****10. Au cours des 28 premiers jours après la randomisation (ou jusqu'à la sortie si plus tôt), le participant a-t-il présenté l'un des symptômes suivants ?**

Oui

Non

Inconnu

Acidocétose

*

L'acidocétose est définie comme (i) une cétose (cétones sanguines $\geq 1,5$ mmol/L ou cétones urinaires $\geq 2+$) ET (ii) une acidose métabolique (par exemple, bicarbonate < 15 mmol/L) ET (iii) aucune autre cause évidente d'acidose.

État d'hyperglycémie hyperosmolaire

*

Autres hyperglycémies nécessitant une nouvelle utilisation d'insuline

*

Hypoglycémie sévère

*

Hypoglycémie entraînant une diminution du niveau de conscience nécessitant l'aide d'une autre personne pour récupérer.

Veuillez vérifier que le ou les événements répondent à la définition indiquée

» Autres résultats en matière d'innocuité

11. Le participant a-t-il eu des convulsions après avoir été sélectionné de façon aléatoire pour l'essai ? *

- Oui
 Non
 Inconnu

11.1 Le patient a-t-il des antécédents de convulsions ou d'épilepsie ?

- Oui
 Non
 Inconnu

11.2 Veuillez saisir le niveau d'ALT (ou AST) le plus élevé enregistré après la randomisation jusqu'à 28 jours plus tard. S'il est inférieur à la limite de détection, saisissez 0

Date *	Résultat *	Limite supérieure de la normale dans votre laboratoire (c'est-à-dire le haut de la plage normale) *	Unités	Veillez cocher si ce n'est pas fait *
yyyy-mm-dd			<input checked="" type="radio"/> UI/L ou U/L <input type="radio"/> $\mu\text{mol/L}$ <input type="radio"/> $\mu\text{kat/L}$	<input type="radio"/> Pas fini

11.3 Veuillez saisir le taux de bilirubine le plus élevé enregistré après la randomisation jusqu'à 28 jours plus tard. S'il est inférieur à la limite de détection, saisissez 0.

Date *	Résultat *	Limite supérieure de la normale dans votre laboratoire (c'est-à-dire le haut de la plage normale) *	Unités	Veillez cocher si ce n'est pas fait *
yyyy-mm-dd			<input checked="" type="radio"/> $\mu\text{mol/L}$ <input type="radio"/> mg/dL	<input type="radio"/> Pas fini

» Autres essais

12.1 Veuillez indiquer si le patient a participé à un autre essai de traitement contre la grippe ou la pneumonie

- ASPECT
- REMAP-CAP
- Autre

Veuillez indiquer le nom du ou des autres essais de traitement

» Grossesse

13. Si cette femme était enceinte au moment de la randomisation (ou avait récemment accouché), veuillez saisir ici votre identifiant UKOSS.

Entrez l'ID complet du dossier UKOSS, par exemple COR_123.

14. Le consentement initial de ce patient a été obtenu auprès d'un représentant légal. Le consentement du patient a-t-il également été obtenu avant sa sortie de l'hôpital ? (la réponse attendue est « non » si le patient n'a pas recouvré ses capacités)

- Oui
- Non