

# 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** \*

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

**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**

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

**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.**

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

## » 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