

# Follow-up

## Date de randomisation

**Veillez signaler uniquement les événements survenus depuis la première randomisation jusqu'à 28 jours plus tard sur ce formulaire (sauf pour le troisième trimestre).**

Date de naissance du patient \*

yyyy-mm-dd

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 ? \***

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

Veuillez 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 COVID-19 suivants le patient a-t-il donc reçu dans le cadre de son admission à l'hôpital après la 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)

- Remdésivir
- Sotrovimab
- Molnupiravir
- Paxlovid
- 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

**Veillez sélectionner le nombre de jours pendant lesquels le patient a reçu un corticostéroïde (dexaméthasone, prednisolone, hydrocortisone ou méthylprednisolone) (quelle que soit la dose)** \*

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Informations posologiques:**

6 mg de dexaméthasone correspondent à 40 mg de prednisolone ou 160 mg d'hydrocortisone ou 32 mg de méthylprednisolone.

10 mg de dexaméthasone correspondent à 67 mg de prednisolone ou 267 mg d'hydrocortisone ou 53 mg de méthylprednisolone

20 mg de dexaméthasone correspondent à 133 mg de prednisolone ou 534 mg d'hydrocortisone ou 106 mg de méthylprednisolone

**Veillez indiquer la dose la plus élevée reçue en une seule journée au cours des 10 jours suivant la randomisation** \*

- <6 mg de dexaméthasone
- 6 mg de dexaméthasone
- >6 mg et <=10 mg de dexaméthasone
- >10 mg et <20 mg de dexaméthasone
- 20 mg de dexaméthasone
- >20 mg de dexaméthasone

**Veillez sélectionner le nombre de jours pendant lesquels le patient a reçu du remdesivir**

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Veillez sélectionner le nombre de jours pendant lesquels le patient a reçu du baricitinib**

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**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

**Le participant a-t-il ressenti une réaction pendant la perfusion de sotrovimab ou dans les 2 heures suivant cette dernière ?** \*

- Oui  
 Non

**Quelle a été la gravité de la réaction ?** \*

- Léger (aucune intervention requise)  
 Modéré (p. ex. antihistaminiques ou stéroïdes requis)  
 Sévère (adrénaline requise)

**La perfusion a-t-elle été intégralement administrée ?** \*

- Oui  
 Non

**Requis uniquement en cas de réponse positive aux Q17.0 et/ou Q17.1 du formulaire de randomisation****L'échantillon de sérum de base a-t-il été prélevé ?**

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

**L'échantillon de suivi du JOUR 3 a-t-il été prélevé ?**

- Oui
- Non
- Écouvillon renvoyé à la maison avec le patient

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

- Oui
- Non
- Écouvillon renvoyé à la maison avec le patient

**» Essai****3. Un test ANTIGÉNIQUE COVID-19 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

**Un test PCR COVID-19 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

**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

**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 \*

- µmol/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 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 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 ?** \*

- 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 une crise après la randomisation ?** \*

- 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 *	Veuillez cocher si ce n'est pas fait *
yyyy-mm-dd			<input checked="" type="radio"/> UI/L ou U/L <input type="radio"/> µmol/L <input type="radio"/> µkat/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 *	Veuillez cocher si ce n'est pas fait *
yyyy-mm-dd			<input checked="" type="radio"/> µmol/L <input type="radio"/> mg/dL	<input type="radio"/> Pas fini

» **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.

