

### Programme de randomisation

Appeler +44 800 138 5451 pour contacter l'équipe RECOVERY en cas de problèmes URGENTS liés à l'utilisation du programme de randomisation ou pour obtenir des conseils médicaux (en anglais). Toutes les questions NON URGENTES doivent être envoyées par courriel (en anglais) à [recoverytrial@ndph.ox.ac.uk](mailto:recoverytrial@ndph.ox.ac.uk) (pour les utilisateurs au Royaume-Uni, en Asie et en Afrique) ou [recovery@ecraid.eu](mailto:recovery@ecraid.eu) (pour les personnes basées dans l'Union Européenne).

Logged in as: **RECOVERY Site**

**Section A: Base de référence et admissibilité**

Date et heure de la randomisation: 26 Fév 2024 12:00

**Clinicien traitant**

A1. Nom du clinicien traitant

**Détails du patient**

A4.4 Quelle est l'année de naissance du patient?

A5. Quel est le sexe du patient?

**Critère d'intégration**

A6. Le consentement a-t-il été pris conformément au protocole?  
Si la réponse est Non, le patient ne peut pas être inscrit à l'étude

A6.0.1 Comment le consentement a-t-il été obtenu?

A6.5 Ce patient présente-t-il une pneumonie?  
Voir le protocole pour les fonctionnalités typiques. Si la réponse est Non, le patient ne peut être inscrit à l'étude

A7.0 Le patient a-t-il une infection avérée au SRAS-CoV-2?

A7.0.1 Quel était le résultat du test antigénique de détection rapide du SRAS-CoV-2 (p. ex. flux latéral)?

A7.0.2 Quel était le résultat du test PCR SRAS-CoV-2?

A7.1 Le patient a-t-il une infection grippale avérée?

A7.1.1 Quel était le résultat du test antigénique de détection rapide de la grippe (p. ex. flux latéral)?

A7.1.2 Quel était le résultat du test PCR de détection de la grippe?

A8. Le patient a-t-il des antécédents médicaux qui pourraient, de l'avis du clinicien traitant, l'exposer à un risque significatif s'il participait à l'essai?

A9. Date d'apparition des symptômes:  /  /

A10. Date d'hospitalisation:  /  /

A11. Le patient a-t-il besoin d'oxygène?

A12.0 Veuillez sélectionner l'une des options suivantes pour décrire le niveau actuel d'assistance ventilatoire

A12.1 Saisissez la dernière mesure de saturation en oxygène (%)

A12.1.1 Saisissez la dernière fréquence respiratoire (respirations/min)

A12.1.2 Saisissez la dernière pression artérielle systolique/diastolique (mmHg)  /

A12.1.3 Le patient reçoit-il des vasopresseurs?

A12.1.4 Le patient présente-t-il une confusion nouvelle ou aggravée?

A12.1.5 Le patient présente-t-il une consolidation infectieuse présumée à l'imagerie thoracique (radiographie standard, tomodensitométrie ou échographie)?

A12.2.0 Saisissez la dernière mesure de CRP depuis l'admission à l'hôpital (si testée). Veuillez vous assurer que les unités sont correctes (mg/dL ou µg/L) sont sélectionnés.  mg/dL  Cochez si non mesuré  Cochez si supérieur à la limite de mesure  
Saisissez 0 si en dessous de la limite de mesure

A12.2.1 Saisissez la dernière mesure de procalcitonine depuis l'admission à l'hôpital (si testée). (ng/mL or µg/L) (notez que les unités sont équivalentes)   Cochez si non mesuré  Cochez si supérieur à la limite de mesure  
Saisissez 0 si en dessous de la limite de mesure

A12.3.0 Saisissez la dernière mesure de la créatinine depuis l'admission à l'hôpital  µmol/L  Cochez si non mesuré  
Veuillez sélectionner les unités correctes pour la mesure (mg/dL ou µmol/L).

A12.3.1 Saisissez la dernière mesure d'urée (ou urémie) depuis l'admission à l'hôpital.  mmol/L  Cochez si non mesuré  
Veuillez sélectionner les unités correctes pour la mesure (mg/dL ou µmol/L).

A12.5 Le patient a-t-il reçu un vaccin contre le COVID-19?

A12.6 Le patient a-t-il reçu un vaccin contre la grippe au cours des 9 derniers mois?

**Le patient présente-t-il ACTUELLEMENT des comorbidités ou d'autres problèmes médicaux ou suit-il actuellement des traitements (présents avant la maladie actuelle)?**

A13.1 Diabète

A13.2 Cardiopathie

A13.3 Maladie pulmonaire chronique

A13.4 Tuberculose active

A13.5 VIH

A13.6 Maladie hépatique sévère

A13.7 Insuffisance rénale sévère (DFGe <30 ou sous dialyse)

A13.7.1 Le patient est-il sous dialyse ou hémofiltration?

A13.9.0 Le clinicien considère-t-il que son patient est gravement immunodéprimé?

A13.12 Le patient a-t-il reçu un traitement par tocilizumab ou sarilumab lors de cette admission?

A13.16 Le patient a-t-il reçu du sotrovimab pour traiter cette maladie?

A13.17 Le patient a-t-il reçu du molnupiravir pour traiter cette maladie?

A13.18 Le patient a-t-il reçu du Paxlovid pour traiter cette maladie?

<b>A13.19</b> Le patient a-t-il reçu un inhibiteur de la neuraminidase (NAI, p. ex. oseltamivir, zanamivir) dans le cadre du traitement de cette maladie, ou le traitement par NAI est-il considéré comme définitivement indiqué par le médecin traitant?	<input type="text"/>
<b>A13.20</b> Le patient a-t-il reçu du baloxavir pour traiter cette maladie, ou le traitement au baloxavir est-il considéré comme définitivement indiqué par le médecin traitant?	<input type="text"/>
<b>A13.21</b> Des corticostéroïdes systémiques (glucocorticoïdes, par exemple dexaméthasone, prednisolone, hydrocortisone, méthyprednisolone) sont-ils actuellement prescrits au patient ou le médecin traitant considère-t-il qu'un traitement aux corticostéroïdes est définitivement indiqué?	<input type="text"/>
<b>La randomisation vers les traitements suivants est-elle INADAPTÉE pour le patient (soit parce que le traitement est indiqué, soit contre-indiqué)? Si vous répondez OUI, cela signifie que vous pensez que ce patient ne devrait PAS être randomisé pour potentiellement recevoir ce traitement..</b>	
<b>A14H.1</b> Oseltamivir	<input type="text"/>
<b>A14I.1</b> Dexaméthasone Ou des corticostéroïdes alternatifs en cas de grossesse ou de patient nouveau-né. <small>Doit être Oui si le patient a une infection au SRAS-CoV-2 avérée</small>	<input type="text" value="Oui"/>
<b>A14J.1</b> Sotrovimab	<input type="text"/>
<b>Les traitements suivants sont-ils disponibles?</b>	
<b>A15H.1</b> Oseltamivir	<input type="text"/>
<b>A15I.1</b> Dexaméthasone Ou des corticostéroïdes alternatifs en cas de grossesse ou de patient nouveau-né.	<input type="text"/>
<b>A15J.1</b> Sotrovimab	<input type="text"/>
<b>Médicament actuel</b>	
<b>A16.1</b> Le patient est-il actuellement sous remdesivir?	<input type="text"/>
<b>A16.6</b> Le patient reçoit-il actuellement du baricitinib (ou un autre inhibiteur de JAK)?	<input type="text"/>
<b>Veillez signer ce formulaire une fois rempli</b>	
Nom de famille:	<input type="text"/>
Prénom:	<input type="text"/>
E-mail professionnel:	<input type="text"/>
Avez-vous reçu le consentement et signé le formulaire de consentement?	<input type="text"/>
<input type="button" value="Continuer"/> <input type="button" value="Annuler"/>	

[Accueil](#)