

**Surveillance des cas graves de GRIPPE et COVID-19 admis en réanimation**  
 À remplir pour tout cas correspondant à la définition de cas et à adresser à la **Cellule régionale Grand Est**  
 par messagerie de santé sécurisée **MSSanté** : [grandest@santepubliquefrance.mssante.fr](mailto:grandest@santepubliquefrance.mssante.fr)  
 ou à déposer sur la **page de dépôt sécurisée** :  
<https://bluefiles.orange-business.com/santepubliquefrance-grandest/espace-depot>

**Définition de cas** : Patient présentant une confirmation biologique de grippe ou d'infection à SARS-CoV-2 nécessitant une prise en charge en réanimation du fait de l'infection ou du fait de ses conséquences (décompensation de pathologie sous-jacente, surinfection bactérienne) – hors cas de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique lié à SARS-CoV-2 (Paediatric Inflammatory multisystem syndrome – PIMS)

Hôpital : ..... Service : ..... Tél. : .....

Médecin déclarant : ..... E-mail : .....

**Patient** Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_ Sexe :  H  F

Pays de naissance : ..... Résidence → Dép. : ..... Commune : ..... Arr. : ..... (Lyon, Marseille, Paris)

Grossesse en cours  Professionnel de santé  Vit en établissement médico-social (ex : Ehpad, MAS, FAM, ...)  Fumeur actuel

Antécédent de Covid-19 confirmé (de plus de 2 mois) Date épisode précédent (DDS ou date du prélèvement) : \_\_/\_\_/\_\_

**Vacciné contre la grippe** pour la saison 2022-2023 (vaccination de l'entourage si nourrisson <6mois avec facteur(s) de risque de grippe sévère)

**Vacciné contre la COVID-19** :  Oui  Non  ne sait pas Nombre de dose(s) reçue(s) : \_\_

Vaccin utilisé pour la dernière dose : ..... Date de la dernière dose reçue : \_\_/\_\_/\_\_

IMC : \_\_\_\_ kg.m<sup>2</sup>

**Circonstance(s) d'exposition particulière(s)** : ..... (ex : voyage, cluster identifié, ...)

Date de début des signes : \_\_/\_\_/\_\_ Date d'hospitalisation : \_\_/\_\_/\_\_ Date d'admission en réanimation : \_\_/\_\_/\_\_

Si le patient provient d'un autre service de **réanimation**, préciser l'hôpital et la commune : .....

Infection nosocomiale (grippe et/ou COVID-19)

**Motif d'admission en réanimation** :  Infection respiratoire aiguë virale  Décompensation de pathologie sous-jacente

Plusieurs réponses possibles  Surinfection bactérienne  Autre, préciser : .....

**Comorbidités (liste en annexe)**  Aucune  Ne sait pas

Pathologie cardiaque  Pathologie pulmonaire  Pathologie rénale  Pathologie hépatique

Pathologie neuromusculaire  Cancer (tumeur solide ou hémopathie) évolutif  Immunodépression  Diabète (type 1 et 2)

Hypertension artérielle (HTA)  Préciser : .....  Autre(s), préciser : .....

**Diagnostic virologique** Laboratoire ayant réalisé le diagnostic : ..... Date du prélèvement : \_\_/\_\_/\_\_

**SARS-CoV-2** →  Positif  Négatif  Non recherché

Recherche de mutation/variants d'intérêt :  Non  Ne sait pas  Oui, par PCR (criblage, Thermo Fisher, autre kit)  Oui, par séquençage (Sanger, NGS, WGS)

Si criblage :  E484K (A)  L452R (C)  « Mutation Omicron » (D) Autres : .....

Si séquençage :  Alpha  Beta  Gamma  Delta  Omicron  B.1.640 Autres : .....

**Grippe** →  Positif  Négatif  Non recherché

Si Positif :  A, sans précision  A(H1N1)  A(H3N2)  B, sans précision  B/Victoria  B/Yamagata  Non renseigné

Si coinfection virale confirmée, préciser le(s) virus identifié(s) : .....

**A l'admission en réanimation - Pires valeurs lors de la première journée de séjour**

Type d'assistance ou aide ventilatoire Une seule réponse possible

O<sub>2</sub> (lunettes/masque)  VNI  O<sub>2</sub> haut débit  Ventilation invasive  Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)

Caractéristiques cliniques → FiO<sub>2</sub> : \_\_\_\_ % (ou débit d'O<sub>2</sub> : \_\_\_\_ L/min) PaO<sub>2</sub> : \_\_\_\_ mmHg (ou SpO<sub>2</sub> : \_\_\_\_ %)

**Evolution et bilan sur l'ensemble du séjour en réanimation – A renseigner à la sortie de réanimation**

Sortie de réanimation  Décès  Transfert vers un autre service de **réanimation**

Date de sortie/décès/transfert : \_\_/\_\_/\_\_ Préciser l'hôpital et la commune si transfert : .....

**Diagnostic d'embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde** :  Oui  Non

Sévérité maximale de SDRA<sup>2)</sup> au cours du séjour Une seule réponse possible <sup>2) Adulte : selon critères de Berlin ; Enfant : selon définition PALICC Pediatr Crit Care Med 2015</sup>

Pas de SDRA  Mineur  Modéré  Sévère

Type(s) d'assistance ou aide ventilatoire Plusieurs réponses possibles

O<sub>2</sub> (lunettes/masque)  VNI  O<sub>2</sub> haut débit  Ventilation invasive  Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)

## Annexe : Liste détaillée des comorbidités

Type de pathologie	Définition ou exemple(s)
<b>Pathologie cardiaque</b>	Insuffisance cardiaque chronique Cardiopathies ischémiques Cardiopathie hypertensive Cardiopathie congénitale mal tolérée Valvulopathie et trouble du rythme grave
<b>Pathologie pulmonaire</b>	Insuffisance respiratoire chronique Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) Emphysème Fibrose du parenchyme pulmonaire Pneumoconiose Dysplasie broncho-pulmonaire Dilatation des bronches Mucoviscidose Asthme Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)
<b>Pathologie rénale</b>	Insuffisance rénale chronique Syndrome néphrotique
<b>Pathologie hépatique</b>	Cirrhose Atrésie biliaire Hépatite chronique
<b>Pathologie neuromusculaire</b>	Accident vasculaire cérébral (AVC) avec déficit séquellaire Pathologie neuromusculaire avec atteinte de la fonction respiratoire Pathologie neuro-développemental sévère (enfants)
<b>Pathologie cancéreuse</b>	Tumeur solide ou hémopathie maligne primitive en cours de traitement ou suivi médicalement
<b>Immunodépression</b>	Déficit immunitaire primitif ou acquis Asplénie anatomique ou fonctionnelle Hémoglobinopathie (drépanocytose, thalassémie majeure) Greffe d'organe Prise au long cours de médicaments immunosuppresseurs ou corticothérapie systémique Infection par le VIH

*La liste ci-dessus n'est pas exhaustive et est présentée afin d'aider au remplissage de la fiche clinique de signalement.*