

Questionnaire Covid
Pour chaque patient testé et en cas d'évolution

centre

date de naissance (mois/année)

date des premiers symptômes

toux sèche ? O / N

fièvre ? O / N

dyspnée accrue ? O / N

précordialgies ? O / N

nausées ? O / N

diarrhée ? O / N

autre(texte libre)

date du test

non testé O / N

résultat du test Pos / Neg

lymphopénie absolue ? O / N

rx thorax faite ? O / N

ct thorax fait ? O / N

conclusion rx ou ct (texte libre)

isolement à domicile ? O / N

hospitalisation ? Si oui date

hospitalisation usi ? Si oui date

ventilation mécanique ? O / N

hospitalisation fin (date)

décès ? Si oui date

cause du décès (texte libre)