



Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales

Surveillance de COVID-19 et d'autres infections respiratoires virales chez les patients hospitalisés dans les hôpitaux du PCSIN

Version : 25 mars 2021

Informations de contact

Veillez adresser toutes vos questions à :

Agence de la santé publique du Canada

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Courrier électronique : phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca

Groupe de travail

Nisha Thampi (coprésident), Charles Frenette (coprésident), James Brooks, Kelly Choi, Jeannette Comeau, John Conly, Chelsey Ellis, Jennifer Ellison, John Embil, Gerald Evans, Lynn Johnston, Jennie Johnstone, Kevin Katz, Pamela Kibsey, Bonita Lee, Marie-Astrid Lefebvre, Yves Longtin, Kathy Malejczyk, Allison McGeer, Dominik Mertz, Jessica Minion, Robyn Mitchell, Linda Pelude, Caroline Quach-Thanh, Wallis Rudnick, Anada Silva, Stephanie Smith, Jocelyn Srigley, Paula Stagg, Vivienne Steele, Kathy Suh, Jen Tomlinson et Alice Wong.

Contexte

Les infections respiratoires virales (IVR) sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité accrues dans les établissements de soins de santé pour adultes et enfants. L'âge est un facteur de risque clé en ce qui concerne la gravité, la transmission et l'impact des IVR. Les conséquences de l'IVR sont particulièrement préoccupantes pour les enfants et les personnes âgées présentant des comorbidités ou des affections sous-jacentes telles que des maladies cardiaques et pulmonaires, des troubles cognitifs ou une immunosuppression. L'émergence du SRAS, de la grippe aviaire, de la nouvelle grippe H1N1, du MERS-CoV et, récemment, du COVID-19, a souligné la nécessité de disposer de données permettant d'étayer les pratiques de prévention et de contrôle des infections par des pathogènes respiratoires dans les établissements de santé.

Justification

La capacité d'un hôpital à prendre en charge de manière appropriée les patients atteints de COVID-19 et d'autres IAV dépendra de sa compréhension du fardeau des infections respiratoires graves associées à la communauté et aux soins de santé. Cette surveillance aidera à comprendre le fardeau de l'infection à COVID-19 et des autres IRV chez les adultes et les enfants dans les hôpitaux canadiens.

Un système de surveillance en temps réel basé sur les hôpitaux permettra d'identifier les groupes à haut risque, ainsi que de décrire les facteurs de risque et les résultats des patients afin d'éclairer les décisions de santé publique et d'évaluer les interventions.

Objectifs à court terme

1. Décrire la population de patients hospitalisés infectés par le COVID-19
2. Fournir des données opportunes (par exemple, des données démographiques, cliniques et sur les résultats) aux hôpitaux et à l'ASPC concernant les patients hospitalisés pour le COVID-19.

Objectifs à long terme

1. Identifier les virus respiratoires nouveaux et émergents dans les hôpitaux de soins aigus canadiens
2. Décrire les facteurs de risque et les résultats des populations pédiatriques et adultes qui développent une IRV afin d'informer les stratégies de prévention et de contrôle des infections.
3. Faciliter la comparaison intra et inter-hospitalière des taux d'IRV adultes et pédiatriques dans le temps.
4. Décrire la transmission nosocomiale du COVID-19 dans les hôpitaux de soins aigus
5. Comparer l'épidémiologie de l'infection par le COVID-19 à d'autres infections respiratoires virales (par exemple, la grippe et le VRS) chez les enfants et les adultes hospitalisés.
6. Mesurer l'impact de COVID-19 sur l'utilisation des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens

Méthodes

Conception de l'étude

Surveillance sentinelle des patients hospitalisés adultes et pédiatriques atteints de COVID-19 et d'autres VRI dans les hôpitaux participants du PCSIN.

Admissibilité du site

Tous les hôpitaux du PCSIN peuvent participer.

Période de surveillance

Surveillance saisonnière toute l'année (du 1er juillet au 30 juin)

Admissibilité des cas

- i. Tout patient admis dans un hôpital participant au PCSIN. Tous les services d'hospitalisation sont éligibles (y compris les services de soins de longue durée, les services psychiatriques, les services de maternité, etc.)
- ii. Le patient répond à la définition de cas ci-dessous.

Définitions de cas

a) Définition du cas COVID-19 :

- Une personne ayant la confirmation en laboratoire d'une infection par COVID-19

Critères d'inclusion :

- Tout patient identifié comme ayant un COVID-19 confirmé en laboratoire alors qu'il est admis dans un hôpital participant au PCSIN.

OU

- Tout patient identifié comme ayant une infection à COVID-19 confirmée en laboratoire dans les 14 jours précédant son admission dans un hôpital participant au PCSIN.
 - *Veillez utiliser votre meilleur jugement clinique lors de l'application du délai de 14 jours (c'est-à-dire que la date d'admission peut être supérieure à 14 jours depuis le résultat positif au COVID-19).*
 - *Si le patient a plusieurs tests positifs, veuillez utiliser la date du tout premier test positif pour déterminer l'éligibilité.*

b) Définition des cas d'IRV (à l'exclusion de COVID-19) :

- Culture virale positive ou DFA (direct fluorescent antigen) ou EIA (enzyme immunoassay) ou PCR (polymerase chain reaction) pour un pathogène viral des voies respiratoires.

ET

- Au moins un des signes ou symptômes suivants : fièvre (> 38 °Celsius) ou température unique >1.1 °Celsius par rapport à la ligne de base, quel que soit le site (oral, tympanique, auxiliaire), rhinite, congestion nasale, pharyngite, éternuements, toux, sifflement, stridor, apnée, dyspnée, respiration laborieuse, augmentation des sécrétions respiratoires, changement des caractéristiques des sécrétions chroniques, diminution de l'entrée d'air à l'auscultation, râles, rhonchi, diminution de la saturation en oxygène, nécessité d'augmenter la FiO2, d'augmenter l'assistance respiratoire, d'augmenter l'aspiration ou nouvelle anomalie sur la radiographie pulmonaire.

ET

- Aucune autre cause évidente de l'anomalie

Classification de l'exposition pour COVID-19

Une fois que le patient a été identifié avec COVID-19, le cas sera classé comme 1) associé aux soins de santé, acquis dans votre établissement de soins aigus, 2) associé aux soins de santé, acquis dans un autre établissement de soins de santé ou 3) associé à la communauté, sur la base des critères suivants et conformément au meilleur jugement clinique du professionnel de la santé et/ou du praticien de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Soins de santé associés acquis dans votre établissement de soins aigus (HA-YAF)

- Apparition des symptômes ≥ 7 ¹jours civils après l'admission à l'hôpital déclarant et en utilisant le meilleur jugement clinique (par exemple, apparition des symptômes < 7 jours, mais lien épi connu avec un cas positif).

OU

- Si le patient est réadmis avec un test positif < 7 jours après sa sortie de l'hôpital et en utilisant le meilleur jugement clinique.

Maladie associée aux soins de santé acquise dans un autre établissement de santé (HA-Autre)

- Tout patient identifié avec le COVID-19 qui n'a pas été acquis dans votre établissement et dont on pense qu'il est associé à un autre établissement de santé (par exemple, un autre établissement de soins aigus, de soins de longue durée ou de réadaptation, etc.) Les maisons de retraite ne sont pas considérées comme un autre établissement de santé.

Associé à la communauté

- Aucune exposition à des soins de santé qui aurait pu entraîner cette infection (en utilisant le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection associée aux soins de santé.

Classification de l'exposition pour VRI (hors COVID-19)

Pour tous les autres VRI (à l'exception de COVID-19), seuls les cas associés aux soins de santé doivent être déclarés sur la base des critères suivants et conformément au meilleur jugement clinique du praticien de santé et/ou du praticien de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Soins de santé associés acquis dans votre établissement de soins aigus (HA-YAF)

- Apparition des symptômes ≥ 72 heures (≥ 3 jours civils) après l'admission à l'hôpital déclarant et en utilisant le meilleur jugement clinique.

¹ On a choisi 7 jours comme seuil pour attribuer l'acquisition à l'hôpital en se basant sur une estimation actuelle d'une incubation médiane de 4 jours (IQR 2-7 jours) pour les patients hospitalisés atteints de COVID-19. Il s'agit d'une estimation prudente qui peut être recodée ultérieurement sur la base de la date d'admission, de l'apparition des symptômes et de la date du test, si nécessaire.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

OU

- Si le patient est réadmis avec un test positif < 72 heures (3 jours civils) après sa sortie de votre hôpital et en utilisant le meilleur jugement clinique.

Maladie associée aux soins de santé acquise dans un autre établissement de santé (HA-Autre)

Tout patient dont l'IRV n'a pas été acquis dans votre établissement et dont on pense qu'il est associé à un autre établissement de soins de santé (par exemple, un autre établissement de soins de courte durée, de soins de longue durée, de réadaptation ou une clinique, etc.) Les maisons de retraite ne sont pas considérées comme un autre établissement de soins de santé.

Collecte et soumission des données

1. Un formulaire de rapport hebdomadaire contenant les nombres agrégés de nouvelles hospitalisations, de nouvelles admissions en USI, de nouveaux patients recevant une ventilation mécanique et une ECMO, de nouveaux décès parmi les patients dont le COVID-19 a été confirmé en laboratoire, stratifiés par groupe d'âge, sera soumis au PCSIN par voie électronique tous les mardis et comprendra tous les cas identifiés au cours de la semaine précédente, c'est-à-dire du dimanche au samedi. Le formulaire de rapport hebdomadaire permettra également de saisir le nombre d'hôpitaux ayant signalé un nouveau foyer de COVID-19 (annexe A).

Les sites peuvent choisir de soumettre leurs données hebdomadaires de deux manières :

- Remplir le formulaire sur le module CNPHI VRI (c'est la méthode préférée)
- Remplissez le document Word à remplir et envoyez-le par courriel à PCSIN ([phac.cnisp-
pcsin.aspc@canada.ca](mailto:phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca)).

2. Pour la surveillance hebdomadaire de COVID-19, les admissions hebdomadaires seront estimées en utilisant les admissions de patients de 2020.

3. Pour chaque cas qui répond à la définition de cas pour COVID-19 ou autre VRI, un questionnaire détaillé sur le patient (annexe B) doit être rempli en examinant le dossier du patient et signalé à l'ASPC. Si un patient est réadmis, veuillez utiliser les critères suivants pour déterminer la soumission des données :

- *Si un patient est réadmis dans les 30 jours suivant un test positif => recueillir toutes les données sur le même formulaire.*
- *Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours après un test positif => ne pas saisir la réadmission (en utilisant le meilleur jugement clinique).*
- *Si un patient est réadmis >90 jours (3 mois) après sa première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le PID du 1er ^{formulaire} afin que nous puissions relier les données du cas.*

Veillez soumettre les questionnaires détaillés des patients pour les cas COVID-19 dès que le temps le permet (nous reconnaissons que les hôpitaux sont extrêmement occupés mais ces données sont très utiles). Les questionnaires des patients pour les autres cas VRI peuvent être soumis rétrospectivement. Veillez soumettre les données par voie électronique sur CNPHI ou par e-mail à phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca.

4. Si possible, veuillez fournir les données du dénominateur (annexe C) stratifiées par âge (<18, 18-39, 40-59, 60-79 et 80+ ans). Veillez soumettre les données par voie électronique sur CNPHI Web Data ou par e-mail à phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca.

Les données recueillies comprendront :

1. Nombre total d'admissions de patients
2. Nombre total de jours d'hospitalisation
3. Nombre total d'admissions de patients en soins intensifs
4. Nombre total de jours d'hospitalisation en USI

Déclaration des données

Tous les hôpitaux du PCSIN recevront un rapport hebdomadaire global par groupe d'âge et des données au niveau régional/provincial (totaux hebdomadaires et cumulatifs) au plus tard le vendredi de la semaine de déclaration. Afin de calculer les tendances dans le temps, seuls les sites qui ont régulièrement soumis des données hebdomadaires depuis le 15 mars 2020 seront inclus dans les chiffres respectifs. En outre, tous les hôpitaux du PCSIN recevront un rapport descriptif mensuel basé sur les données de niveau national provenant des questionnaires détaillés sur les patients.

Rapport zéro

Pour toute semaine où votre site n'a pas de données hebdomadaires à rapporter, veuillez inscrire zéro dans le formulaire de rapport hebdomadaire et soumettre à PCSIN soit dans CNPHI, soit par courriel à phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca.

ANNEXE A. FORMULAIRE DE RAPPORT HEBDOMADAIRE COVID-19

Site CCEH : Sélectionnez le site CCEH.

Date de soumission : aaaa-mm-jj

Semaine de surveillance (c'est-à-dire du dimanche au samedi)

dimanche : aaaa-mm-jj au samedi : aaaa-mm-jj

Votre site a-t-il déclaré une nouvelle éclosion de COVID-19 pour la semaine de référence ci-dessus ?

Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez fournir la définition d'éclosion COVID-19 de votre site :

Veuillez fournir les données relatives aux patients nouvellement² identifiés avec une confirmation laboratoire de COVID-19 pour la période de surveillance indiquée ci-dessus.

	0-17 ans	18-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80+ ans	Totale
Nombre de nouvelles hospitalisations chez les patients avec COVID-19						

Pour la période de surveillance indiquée ci-dessus, veuillez indiquer le nombre de patients dont l'infection COVID-19 a été confirmée en laboratoire et qui présentent les résultats suivants.

	0-17 ans	18-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80+ ans	Totale
Nombre de nouvelles admissions à l'USI chez les patients avec COVID-19						
Nombre de nouveaux patients ventilés						
Nombre de patients pour lesquels le soutien ECMO a été initié						
Nombre de nouveaux décès chez les patients avec COVID-19						

Note : un patient peut être compté dans plusieurs catégories (par exemple, si le patient a été à la fois hospitalisé et admis aux soins intensifs dans les 7 jours spécifiés, il sera inclus dans les deux catégories). S'il y a un délai dans l'obtention de l'une de ces informations pendant une semaine, veuillez l'inclure dans un rapport ultérieur (par exemple, si un patient a été admis aux soins

² Données reflétant les nouveaux cas chaque semaine.

intensifs un vendredi et que votre système ne saisit pas à temps pour ce rapport hebdomadaire, veuillez l'inclure dans le rapport suivant). Les totales cumulés seront calculés par le PCSIN ASPC.

Si possible, pour les hospitalisations COVID-19 ci-dessus, veuillez indiquer le nombre d'hospitalisations COVID-19 par acquisition (à la page suivante)

Hospitalisations COVID-19 par acquisition

	Nombre de cas AS-VECD ³	Nombre de cas AS-Autre ⁴	Nombre de cas OC ⁵	Nombre de cas inconnu
Nombre de nouvelles hospitalisations chez les patients avec COVID-19				

³ Cas associé aux soins de santé contracté dans votre établissement de courte durée (AS-VECD)

Apparition des symptômes ≥ 7 jours après l'admission à l'hôpital déclarant et selon le meilleur jugement clinique (par exemple, apparition des symptômes < 7 jours mais lien connu avec un cas positif) OU si le patient est réadmis avec un test positif < 7 jours après sa sortie de l'hôpital et selon le meilleur jugement clinique.

⁴ Cas associé aux soins de santé contracté dans un autre établissement de soins (AS-Autre)

Tout patient identifié avec COVID-19 non acquis dans votre établissement et dont on pense qu'il est associé à une autre exposition aux soins de santé (par exemple, un autre établissement de soins aigus, un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation, etc.)

⁵ Origine communautaire (OC)

Aucune exposition à des soins de santé qui aura entraîné cette infection (selon le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection associée aux soins de santé.

APPENDIX B. COVID-19/VRI PATIENT QUESTIONNAIRE

1.	Site CCEH : Sélectionnez le site CCEH.
2.	Numéro du patient : Numéro unique du patient. (N° du site CCEH) (Année) (Numéro du cas)
3.	Âge : Entrez l'âge. Précisez : Années, mois ou jours
4.	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme : <input type="checkbox"/> Inconnu
5.	⁶Code postal (3 premiers chiffres) :
6.	Transfert direct depuis un autre établissement de soins aigus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
7.	Si oui, date d'admission dans l'établissement de soins aigus d'origine. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu
8.	Date d'admission aaaa-mm-jj
9.	Date de réadmission ⁷ aaaa-mm-jj
10.	Pour les patients positifs au test COVID-19, ce patient avait-il été admis précédemment > 3 mois avant cette admission et répondait-il à la définition de cas COVID-19 ? <input type="checkbox"/> Oui, veuillez spécifier un PID unique : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
11.	Où cet IRV a-t-il été acquis ? <input type="checkbox"/> Associé aux soins de santé (acquis dans votre établissement de soins de courte durée) ⁹

⁶ Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez saisir 999.

⁷ Si un patient est réadmis dans les 30 jours suivant un test positif => recueillir toutes les données sur le même formulaire.

Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours après un test positif => ne pas saisir la réadmission.

⁸ Si un patient est réadmis > 90 jours (3 mois) après sa première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le PID du premier ^{formulaire} afin que nous puissions relier les données du cas.

⁹ COVID-19 : Apparition des symptômes ≥ 7 jours après l'admission à l'hôpital déclarant et selon le meilleur jugement clinique (par exemple, apparition des symptômes < 7 jours mais lien connu avec un cas positif) OU si le patient est réadmis avec un test positif < 7 jours après sa sortie de l'hôpital et selon le meilleur jugement clinique.

Autre IRV : apparition des symptômes ≥ 72 heures (≥ 3 jours civils) après l'admission à l'hôpital déclarant et selon le meilleur jugement clinique OU si le patient est réadmis avec un test positif < 72 heures après sa sortie de l'hôpital et selon le meilleur jugement clinique.

	<input type="checkbox"/> Associé aux soins de santé (toute autre exposition aux soins de santé) ¹⁰ <input type="checkbox"/> Origine Communautaire ¹¹ <input type="checkbox"/> Inconnu
12.	<p>Si l'exposition est d'origine communautaire, veuillez préciser la source de l'exposition si elle est connue.</p> <input type="checkbox"/> Contact familial avec un cas positif <input type="checkbox"/> Milieu scolaire <input type="checkbox"/> Service de garde <input type="checkbox"/> Contact social – ni l'école ou la garderie <input type="checkbox"/> Lieu de travail/professionnel <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :
13.	<p>Ce patient est-il un personnel soignant (PS)¹²?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> S.O.
14.	<p>Si ce patient est un professionnel de la santé, au cours des 14 jours précédant son test positif, a-t-il travaillé dans l'un des environnements suivants ? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.</p> <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Établissement de soins de longue durée ou résidence pour personnes âgées <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre établissement de soins de santé, veuillez préciser : <hr/> <input type="checkbox"/> N/A
15.	<p>Si ce patient est un professionnel de santé, de quel type de personnel de santé s'agit-il ?</p> <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière (RN, RPN, NP, LPN) <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire <input type="checkbox"/> Diététicien

¹⁰ Tout patient identifié avec COVID-19 ou un autre IRV non acquis dans votre établissement et dont on pense qu'il est associé à une autre exposition aux soins de santé (par exemple, un autre établissement de soins aigus, un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation, etc.)

¹¹ Aucune exposition à des soins de santé qui aurait entraîné cette infection (selon le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection associée aux soins de santé.

¹² Un personnel soignant se définit comme toute personne qui travaille dans un contexte de soins de santé (ce qui comprend les soins de courte durée et les soins de longue durée).

	<input type="checkbox"/> Services environnementaux <input type="checkbox"/> Soutien personnel/soignant/aide/ordonnateur/PAB <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Administrateur <input type="checkbox"/> Physiothérapeute ou ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Paramédic/ambulancier <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien ou technicien en pharmacie <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____ <input type="checkbox"/> N/A
16.	Si ce patient est un professionnel de la santé, a-t-il prodigué des soins directs¹³ à un ou plusieurs patients positifs au COVID-19 dans les 14 jours précédant le test positif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> N/A
17.	Ce patient a-t-il été admis en provenance d'une maison de soins de longue durée ¹⁴? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
18.	Ce patient a-t-il été admis en provenance d'une maison de retraite¹⁰ ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
19.	Ce patient a-t-il voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 jours précédant l'apparition de ses symptômes ? <input type="checkbox"/> Oui, si vous le connaissez, veuillez préciser le pays : Indiquez le pays où vous avez voyagé. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
20.	Ce patient a-t-il reçu le vaccin contre la grippe saisonnière ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
21.	Ce patient a-t-il été vacciné contre le COVID-19 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
22.	Si oui, combien de doses de vaccin COVID-19 ont-elles reçu ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Inconnu
23.	S'ils ont reçu 1 ou 2 doses d'un vaccin COVID-19, il s'agissait de la dose la plus récente :

¹³ Les soins directs aux patients sont définis comme des soins en personne aux patients avec ou sans l'utilisation d'équipements de protection individuelle.

Un foyer de soins de longue durée est un établissement où réside une personne qui a besoin de soins infirmiers courants/quotidiens, tandis qu'une maison de retraite est un endroit où une personne peut vivre de façon autonome (c'est-à-dire dans sa propre chambre ou son propre appartement et peut se réunir pour les repas). Étant donné que les définitions et les types d'établissements varient d'une province à l'autre, veuillez appliquer les critères ci-dessus au mieux de vos connaissances.

	<input type="checkbox"/> < 14 jours avant l'apparition des symptômes ¹⁵ <input type="checkbox"/> ≥ 14 jours avant l'apparition des symptômes <input type="checkbox"/> Inconnu
24.	<p>Diagnostic primaire d'admission : Veuillez préciser la raison pour laquelle le patient a été admis à l'hôpital.</p> <input type="checkbox"/> Infection respiratoire aiguë (par exemple, COVID-19, grippe, pneumonie, SG, etc.) <input type="checkbox"/> Chirurgie électorale <input type="checkbox"/> Complication liée au travail ou à la grossesse <input type="checkbox"/> Événement coronarien aigu <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Inconnu
25.	<p>Y a-t-il des preuves que le patient avait des comorbidités préexistantes au moment de son admission ? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque chronique (à l'exclusion de l'hypertension) <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire (par exemple, asthme, BPCO) <input type="checkbox"/> Maladie rénale (comprend tous les patients sous dialyse). Si oui à la maladie rénale, ce patient était-il sous dialyse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Démence/Maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Maladie neurologique sévère ¹⁶ <input type="checkbox"/> Cancer (actif) <input type="checkbox"/> Obésité (enregistrée dans le dossier du patient ou IMC ≥ 30 kg/m²) <input type="checkbox"/> Autre immunosuppression¹⁷, veuillez préciser Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Maladie du foie <input type="checkbox"/> Grossesse, si oui semaines de gestation Entrez les semaines de gestation. <input type="checkbox"/> Receveur d'une greffe d'organe <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser Cliquez ici pour préciser.

¹⁵ Si le patient était asymptomatique, veuillez utiliser la date du premier test positif.

¹⁶ Comprend :

- a. une déficience intellectuelle modérée à profonde ou un retard de développement
- b. l'épilepsie ou l'infirmité motrice cérébrale si elle est accompagnée de (a)
- c. les troubles neuromusculaires (par exemple, la dystrophie musculaire), lorsqu'ils sont associés à une altération de la fonction respiratoire.
- d. autres troubles neurologiques associés à une altération de la fonction pulmonaire et/ou à une difficulté à manipuler les sécrétions pulmonaires

¹⁷ Comprend une immunodéficiences congénitale ou acquise, une chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs, des stéroïdes systémiques chroniques à forte dose (≥ 2 mg/kg ou ≥ 20 mg/jour de prednisone ou équivalent pendant > 2 semaines).

	<input type="checkbox"/> Inconnu
26.	<p>Symptômes (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et, si possible, indiquer la date de début de chaque symptôme) :</p> <p><input type="checkbox"/> Données sur les symptômes disponibles, veuillez sélectionner tous les symptômes qui s'appliquent :</p> <p><input type="checkbox"/> Données disponibles sur les symptômes, asymptomatiques.</p> <p><input type="checkbox"/> Données sur les symptômes non disponibles</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toux yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Fièvre aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Frissons yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Mal de gorge yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Nez qui coule yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Essoufflement/difficulté à respirer yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Hypoxie/désaturation yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Maux de tête yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Faiblesse générale yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Douleurs (musculaires (myalgie), articulaires (arthralgie), thoraciques, abdominales). aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Irritabilité yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Mauvais appétit/perte de poids yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Vertiges yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Déshydratation yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Altération de l'état mental (par exemple, confusion, délire). aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Diarrhée yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Anosmie et âgusie (perte de l'odorat et du goût). aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj
27.	<p>Site de l'infection respiratoire, veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infection des voies respiratoires supérieures uniquement ¹⁸ <input type="checkbox"/> Pneumonie avec ou sans IVRS ¹⁹ <input type="checkbox"/> Autre infection des voies respiratoires inférieures avec ou sans IVRS ²⁰ <input type="checkbox"/> Infection des voies respiratoires, site non spécifié ²¹ <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser.
28.	<p>Virus isolés (veuillez cocher tous ceux qui s'appliquent et préciser la date de prélèvement de l'échantillon) :</p>

¹⁸ par exemple, rhinite, pharyngite, laryngite, rhume, épiglottite.

¹⁹ Doit être étayé par une preuve radiographique

²⁰ par exemple, bronchiolite, trachéite

²¹ impossibilité d'exclure une pneumonie cliniquement et radiographie pulmonaire non effectuée ou non interprétable

	<input type="checkbox"/> Adénovirus aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Parainfluenza aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Enterovirus aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Entérovirus/Rhinovirus aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Rhinovirus aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Influenza A aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Influenza B aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Métapneumovirus aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Bocavirus aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> RSV yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Autre Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Date non disponible
29.	Si le virus isolé est le SARS-CoV-2, a-t-il été identifié comme une souche variante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
30.	Si oui, veuillez indiquer la souche si elle est disponible <input type="checkbox"/> B.1.1.7 (identifié à l'origine au Royaume-Uni) <input type="checkbox"/> B.1.351 (identifié à l'origine en Afrique du Sud) <input type="checkbox"/> P.1 (originellement identifié au Brésil) <input type="checkbox"/> B.1.427/429 (originellement identifié en Californie) <input type="checkbox"/> B.1.526 (identifié à l'origine dans la ville de New York) <input type="checkbox"/> Autre variante, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Inconnu
31.	Type de spécimen : <input type="checkbox"/> Échantillon bronchique (BAL) <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale (ET) <input type="checkbox"/> Ecouvillon/aspirat nasopharyngé (NP) <input type="checkbox"/> Crachats (SP) <input type="checkbox"/> Ecouvillon ou lavage de gorge (TS) <input type="checkbox"/> Données non disponibles
32.	Test : <input type="checkbox"/> DFA : direct fluorescent antibody <input type="checkbox"/> EIA : essai immunoenzymatique <input type="checkbox"/> M-PCR : PCR multiplex <input type="checkbox"/> PCR : réaction en chaîne par polymérase <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Données non disponibles
33.	Ce patient a-t-il reçu un antiviral pour son IRV actuel ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et indiquer la date de début de chaque traitement).

	<input type="checkbox"/> Oseltamivir (Tamiflu) aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Zanamivir (Relenza) aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Amantadine (Symmetrel) aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Peramavir aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Remdesivir yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Ribavirine aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu
34.	<p>Ce patient a-t-il reçu un antimicrobien pour son IVA actuelle ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et indiquer chaque date de début</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Azithromycine aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Amoxicilline/clavulanate aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Cefazolin aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Ceftriaxone aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Pipéracilline/Tazobactam aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Meropenem aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Vancomycine yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Doxycycline yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu
35.	<p>Ce patient a-t-il reçu un corticostéroïde pour son IRV actuel ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et indiquer chaque date de début</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dexaméthasone aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Prednisone yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Méthylprednisolone yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Hydrocortisone yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu
36.	<p>Ce patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants pour son IRV actuel ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et indiquer la date de début de chaque traitement</i>). <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibuprofène yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (par exemple, losartan, valsartan, etc.). aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inhibiteurs de l'ECA (par exemple, captopril, énalapril, etc.) aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj

	<input type="checkbox"/> Inconnu						
37.	Ce patient avait-il une co-infection bactérienne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date de la culture positive aaaa-mm-jj</th> <th>Site de l'infection</th> <th>Agent(s) pathogène(s) identifié(s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Site chirurgical <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> Pe <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Tabouret <input type="checkbox"/> Autre : </td> <td> <input type="checkbox"/> <i>E. coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i> spp <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas</i> spp <input type="checkbox"/> <i>Enterobacter</i> <input type="checkbox"/> <i>Enterococcus</i> spp (pas l'ERV) <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus</i> <input type="checkbox"/> Staphylocoques à coagulase négative (CONS) <input type="checkbox"/> <i>S. aureus</i> (MSSA et <i>S. aureus</i> non spécifié) <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> <i>C. difficile</i>, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance de l'ICD du PCSIN : <input type="checkbox"/> ERV, s'il s'agit d'une infection sanguine, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance des BSI à l'ERV du PCSIN : <input type="checkbox"/> SARM, s'il s'agit d'une infection sanguine, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance des BSI SARM du PCSIN : <input type="checkbox"/> CPE, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance du PCSIN CPE : </td> </tr> </tbody> </table>	Date de la culture positive aaaa-mm-jj	Site de l'infection	Agent(s) pathogène(s) identifié(s)		<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Site chirurgical <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> Pe <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Tabouret <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> <i>E. coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i> spp <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas</i> spp <input type="checkbox"/> <i>Enterobacter</i> <input type="checkbox"/> <i>Enterococcus</i> spp (pas l'ERV) <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus</i> <input type="checkbox"/> Staphylocoques à coagulase négative (CONS) <input type="checkbox"/> <i>S. aureus</i> (MSSA et <i>S. aureus</i> non spécifié) <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> <i>C. difficile</i> , si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance de l'ICD du PCSIN : <input type="checkbox"/> ERV, s'il s'agit d'une infection sanguine, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance des BSI à l'ERV du PCSIN : <input type="checkbox"/> SARM, s'il s'agit d'une infection sanguine, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance des BSI SARM du PCSIN : <input type="checkbox"/> CPE, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance du PCSIN CPE :
Date de la culture positive aaaa-mm-jj	Site de l'infection	Agent(s) pathogène(s) identifié(s)					
	<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Site chirurgical <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> Pe <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale <input type="checkbox"/> Tabouret <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> <i>E. coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i> spp <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas</i> spp <input type="checkbox"/> <i>Enterobacter</i> <input type="checkbox"/> <i>Enterococcus</i> spp (pas l'ERV) <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus</i> <input type="checkbox"/> Staphylocoques à coagulase négative (CONS) <input type="checkbox"/> <i>S. aureus</i> (MSSA et <i>S. aureus</i> non spécifié) <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> <i>C. difficile</i> , si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance de l'ICD du PCSIN : <input type="checkbox"/> ERV, s'il s'agit d'une infection sanguine, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance des BSI à l'ERV du PCSIN : <input type="checkbox"/> SARM, s'il s'agit d'une infection sanguine, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance des BSI SARM du PCSIN : <input type="checkbox"/> CPE, si possible, veuillez préciser le NID attribué à ce patient pour la surveillance du PCSIN CPE :					
38.	Ce patient a-t-il eu un accident vasculaire cérébral dans les 30 jours suivant un test positif (ou avant la sortie, selon la première éventualité) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer						
39.	Ce patient a-t-il eu une embolie pulmonaire dans les 30 jours suivant un test positif (ou avant la sortie, selon la première éventualité) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer						
INTERVENTIONS							
40.	Ce patient avait-il une directive (par exemple, une ordonnance de non-réanimation) spécifiant qu'il ne devait pas être admis en soins intensifs et/ou intubé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer						
41.	Ce patient a-t-il eu besoin d'une BiPAP ou d'une CPAP dans les 30 jours suivant un test positif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer						
42.	Si oui, nombre total de jours sous BiPAP/CPAP : _____ <input type="checkbox"/> Données non disponibles						

43.	Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant un test positif en raison d'une complication de son IVA ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer
44.	Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant un test positif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà ventilé au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer
45.	Si oui, nombre total de jours de ventilation : _____ <input type="checkbox"/> Données non disponibles
46.	Ce patient a-t-il eu besoin d'une ECMO dans les 30 jours suivant le test positif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà sous ECMO au moment du test <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer
47.	Ce patient a-t-il été admis aux soins intensifs dans les 30 jours suivant le test positif ? <input type="checkbox"/> Oui, lié à VRI <input type="checkbox"/> Oui, sans rapport avec le VRI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer
48.	Date d'admission aux soins intensifs aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Non applicable
49.	Date de sortie de l'unité de soins intensifs aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Patient toujours admis
RÉSULTATS À 30 JOURS	
50.	Quel était le résultat du patient dans les 30 jours suivant un test positif ? <input type="checkbox"/> Patient vivant, toujours à l'hôpital <input type="checkbox"/> Patient ayant survécu et sorti de l'hôpital Date de sortie de l'hôpital aaaa-mm-jj Date de sortie de la réadmission aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Patient ayant survécu et transféré Date du transfert : aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Le patient est décédé Date du décès : aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu
51.	Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant un test positif, veuillez indiquer le lien entre l'IRV et le décès. <input type="checkbox"/> L'IRV est la cause du décès ²² <input type="checkbox"/> Le VRI a contribué à la mort ²³ <input type="checkbox"/> La mort n'est pas liée au VRI ²⁴ <input type="checkbox"/> La causalité entre l'IRV et le décès ne peut être déterminée. ²⁵
52.	Commentaires supplémentaires. Cliquez ici

²² L'IRV a été la cause du décès (c'est-à-dire que le patient ne souffrait d'aucune autre affection qui aurait pu causer son décès pendant cette hospitalisation).

²³ L'IRV a contribué au décès (c'est-à-dire que l'IRV a exacerbé une condition existante qui a conduit au décès du patient).

²⁴ L'IRV n'était pas lié au décès

²⁵ Impossible de déterminer la causalité entre l'IRV et le décès.



ANNEXE C. DONNÉES DU DÉNOMINATEUR IRV

Veillez soumettre les données du dénominateur par voie électronique sur le site Web du RCRSP ou par courriel à phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca. Si possible, veuillez stratifier les admissions de patients et les jours-patients selon l'âge (<18, 19-39, 40-59, 60-79 et 80 ans et plus).

Site CCEH : Choisissez.

Période de surveillance : par exemple, du 1er janvier au 31 mars

	Nombre de jours-patients	#admissions	Nombre de jours de soins intensifs	Admissions aux soins intensifs
< 18 ans				
18-39 ans				
40-59 ans				
60-79 ans				
≥ 80 ans				
Tous les âges				

Annexe D - Dictionnaire des données

1. Site CHEC

Il s'agit du numéro alphanumérique à **trois caractères** attribué à votre établissement. Il commencera toujours par le numéro à deux chiffres attribué à votre membre du CSEH, par exemple 07, 15, et une lettre attribuée par le membre du CSEH pour cet établissement spécifique, par exemple A, B, C, etc. Le numéro de site du CSEH pour chaque établissement doit toujours être le même pour tous les projets de surveillance du CSEH/PCNIS et comportera toujours les trois chiffres alphanumériques indiqués comme numéro de site du CSEH, par exemple 07A, 15A.

2. Identifiant unique du patient

Ce code à 10 caractères doit être composé du numéro de site CHEC à 3 caractères (par exemple 99Z), de l'année de surveillance au cours de laquelle l'infection s'est produite (par exemple 2021), et d'un nombre consécutif commençant à 001 et se poursuivant avec chaque cas supplémentaire. Un exemple du premier cas dans une institution serait 99Z2021001. Un exemple du trente-cinquième cas serait 99Z2021035, et ainsi de suite. Veuillez noter que l'année de surveillance pour VRI va du 1er juillet au 30 juin. Par exemple, un cas avec un test positif entre le 1er juillet 2019 et le 30 juin 2020 serait 99Z1920011 et un cas avec un test positif entre le 1er juillet 2020 et le 30 juin 2021 serait 99Z2021037.

3. Âge

Veuillez indiquer l'âge du patient au moment du test positif et préciser les unités d'âge (en années, mois ou jours).

4. Sexe

Cochez homme, femme ou inconnu selon le cas.

5. Code postal (3 premiers chiffres)

Veuillez indiquer le code postal résidentiel de ce patient (3 premiers chiffres). Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez saisir 999 pour le code postal.

6. Transfert direct d'un autre établissement de soins aigus

Veuillez indiquer si ce patient a été transféré directement d'un autre établissement de soins aigus. Veuillez enregistrer uniquement les informations (par exemple, antibiotiques, admission en soins intensifs, etc.) qui se produisent dans votre hôpital.

7. Si oui, date d'admission dans l'établissement de soins aigus d'origine

Si vous avez répondu oui à la question 6, veuillez indiquer la date d'admission dans l'établissement de soins aigus d'origine, si vous la connaissez.

8. Date d'admission

Veillez indiquer la date à laquelle ce patient a été admis dans cet hôpital.

9. Date de réadmission

Si le patient a été réadmis dans les 30 jours suivant un test positif, veuillez indiquer la date de la réadmission.

Si un patient est réadmis dans les 30 jours suivant un test positif => recueillir toutes les données sur le même formulaire.

Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours après un test positif => ne pas saisir la réadmission (en utilisant le meilleur jugement clinique).

Si un patient est réadmis >90 jours (3 mois) après sa première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le PID du 1er ^{formulaire} afin que nous puissions relier les données du cas.

10. Pour les patients positifs au test COVID-19, ce patient a-t-il été admis précédemment > 3 mois avant cette admission et répondait-il à la définition de cas COVID-19 ?

Veillez indiquer si ce patient a déjà été positif 3 mois ou plus avant l'admission actuelle. Si oui, veuillez préciser l'identifiant unique du patient de la première admission afin que nous puissions relier les données. Des informations supplémentaires (par exemple, les symptômes) et des écouvillons viraux (pour les tests génétiques) peuvent être recueillis pour déterminer la réinfection.

11. Source d'acquisition

Classification de l'exposition pour COVID-19

Une fois que le patient a été identifié avec COVID-19, le cas sera classé comme 1) associé aux soins de santé, acquis dans votre établissement de soins aigus, 2) associé aux soins de santé, acquis dans un autre établissement de soins de santé ou 3) associé à la communauté, sur la base des critères suivants et conformément au meilleur jugement clinique du professionnel de la santé et/ou du praticien de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Soins de santé associés acquis dans votre établissement de soins aigus (HA-YAF)

- Apparition des symptômes ≥ 7 jours civils ²⁶ après l'admission à l'hôpital déclarant et en utilisant le meilleur jugement clinique (par exemple, apparition des symptômes < 7 jours mais lien épi connu avec un cas positif).

OU

- Si le patient est réadmis avec un test positif < 7 jours après sa sortie de l'hôpital et en utilisant le meilleur jugement clinique.

²⁶ On a choisi 7 jours comme seuil pour attribuer l'acquisition à l'hôpital en se basant sur une estimation actuelle d'une incubation médiane de 4 jours (IQR 2-7 jours) pour les patients hospitalisés atteints de COVID-19. Il s'agit d'une estimation prudente qui peut être recodée ultérieurement sur la base de la date d'admission, de l'apparition des symptômes et de la date du test, si nécessaire.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Maladie associée aux soins de santé acquise dans un autre établissement de santé (HA-Autre)

- Tout patient identifié avec un COVID-19 non acquis dans votre établissement, que l'on pense être associé à une autre exposition aux soins de santé (par exemple, un autre établissement de soins aigus, de soins de longue durée ou de réadaptation, etc.)

Associé à la communauté

- Aucune exposition à des soins de santé qui aurait pu entraîner cette infection (en utilisant le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection associée aux soins de santé.

Classification de l'exposition pour VRI (hors COVID-19)

Pour tous les autres VRI (à l'exception de COVID-19), seuls les cas associés aux soins de santé doivent être déclarés sur la base des critères suivants et conformément au meilleur jugement clinique du praticien de santé et/ou du praticien de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Soins de santé associés acquis dans votre établissement de soins aigus (HA-YAF)

- Apparition des symptômes ≥ 72 heures (≥ 3 jours civils) après l'admission à l'hôpital déclarant et en utilisant le meilleur jugement clinique.

OU

- Si le patient est réadmis avec un test positif < 72 heures (3 jours civils) après sa sortie de l'hôpital et en utilisant le meilleur jugement clinique.

Associé aux soins de santé dans tout autre établissement de santé (HA-Autre)

- Tout patient dont l'IRV n'a pas été acquis dans votre établissement et dont on pense qu'il est associé à un autre établissement de soins de santé (par exemple, un autre établissement de soins actifs, de soins de longue durée, de réadaptation ou une clinique, etc.) Les maisons de retraite ne sont pas considérées comme un autre établissement de soins de santé.

12. Si elle est associée à la communauté, veuillez préciser la source d'exposition la plus probable si elle est disponible.

Si ce patient a très probablement contracté son infection dans la communauté, veuillez préciser la source d'exposition la plus probable dans la liste fournie.

13. Ce patient est-il un membre du personnel de santé (PSS) ?

Veuillez indiquer si ce patient est un membre du personnel de santé (PSS). Le personnel de santé est défini comme toute personne travaillant dans un établissement de santé (y compris les soins aigus et les soins de longue durée).

14. Si ce patient est un professionnel de la santé, au cours des 14 jours précédant le test positif, ce patient a-t-il travaillé dans l'un des environnements suivants ?

Si ce patient est un professionnel de la santé, veuillez indiquer si, au cours des 14 jours précédant le test positif, il a travaillé dans un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou un autre établissement de santé. Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

15. Si ce patient est un professionnel de la santé, de quel type de professionnel de la santé s'agit-il ?

Si ce patient est un HCP, veuillez indiquer le type de HCP.

16. Si ce patient est un professionnel de la santé, a-t-il prodigué des soins directs à un ou plusieurs patients positifs au COVID-19 dans les 14 jours précédant le test positif ?

Si ce patient est un professionnel de santé, veuillez indiquer s'il a prodigué des soins directs à un ou plusieurs patients positifs au COVID-19 dans les 14 jours précédant le test positif. Les soins directs au patient sont définis comme des soins en personne au patient avec ou sans l'utilisation d'un équipement de protection individuelle.

17. Ce patient a-t-il été admis depuis une maison de soins de longue durée ?

Veuillez indiquer si ce patient a été admis en provenance d'une maison de soins de longue durée. Un foyer de soins de longue durée est un établissement où réside une personne qui a besoin de soins infirmiers courants/quotidiens, tandis qu'une maison de retraite est un endroit où une personne peut vivre de façon autonome (c'est-à-dire dans sa propre chambre ou appartement et peut se réunir pour les repas). Étant donné que les définitions et les types d'établissements varient d'une province à l'autre, veuillez appliquer les critères ci-dessus au mieux de vos connaissances.

18. Ce patient a-t-il été admis depuis une maison de retraite ?

Veuillez indiquer si ce patient a été admis en provenance d'une maison de retraite. Un foyer de soins de longue durée est un établissement où réside une personne qui a besoin de soins infirmiers courants/quotidiens, tandis qu'une maison de retraite est un endroit où une personne peut vivre de façon autonome (c'est-à-dire dans sa propre chambre ou appartement et peut se réunir pour les repas). Étant donné que les définitions et les types d'établissements varient d'une province à l'autre, veuillez appliquer les critères ci-dessus au mieux de vos connaissances.

19. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes de ce patient ?

Veuillez indiquer si ce patient a voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes. Cette question ne s'applique qu'à ce patient et non aux contacts proches. Si oui, veuillez préciser le pays où ils ont voyagé.

20. Ce patient a-t-il reçu le vaccin contre la grippe saisonnière ?

Veuillez indiquer si le patient a reçu le vaccin contre la grippe pour la saison en cours.

21. Ce patient a-t-il été vacciné contre le COVID-19 ?

Veuillez indiquer si le patient a reçu au moins une dose de vaccin COVID-19.

22. Si oui, combien de doses ont-elles reçu ?

Si le patient a reçu un vaccin COVID-19, combien de doses a-t-il reçues ?

23. S'ils ont reçu 1 ou 1 dose, à quand remonte la dernière dose reçue ?

Veuillez indiquer si le patient a reçu sa dose la plus récente de vaccin COVID-19 < 14 jours avant l'apparition des symptômes ou 14 jours ou plus avant l'apparition des symptômes. Si la date d'apparition des symptômes n'est pas disponible, veuillez utiliser la date du premier test positif.

24. Diagnostic primaire d'admission

Veuillez sélectionner une des options de réponse pour la raison pour laquelle ce patient a été admis à l'hôpital. Si un patient positif au COVID-19 a été admis en provenance d'une maison de soins de longue durée ou d'une maison de retraite pour des raisons non cliniques (par exemple, la maison ne peut pas répondre aux besoins d'isolement, manque de soutien infirmier, etc.), veuillez préciser et inclure cette information dans le champ de texte "autre".

25. Y a-t-il des preuves que ce patient avait des comorbidités préexistantes au moment de son admission ?

Si oui, veuillez sélectionner toutes les conditions qui s'appliquent dans la liste fournie. Si la patiente est enceinte, veuillez préciser le nombre de semaines de gestation. Si le patient souffre d'un état d'immunosuppression selon la définition ci-dessous, veuillez le préciser. Si le patient souffre d'autres affections non répertoriées, veuillez les préciser dans la rubrique "autres".

Les maladies cardiaques chroniques peuvent inclure : angine, arythmie (par exemple, fibrillation auriculaire), cardiomyopathie, infarctus du myocarde antérieur, insuffisance cardiaque congestive, maladie cardiaque congénitale, etc.

Notez que l'hypertension ne doit PAS être incluse dans les maladies cardiaques chroniques.

Les autres immunosuppresseurs comprennent une immunodéficience congénitale ou acquise, une chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs, des stéroïdes systémiques chroniques à forte dose (≥ 2 mg/kg ou ≥ 20 mg/jour de prednisone ou équivalent pendant > 2 semaines).

Les maladies neurologiques graves comprennent :

- a. une déficience intellectuelle modérée à profonde ou un retard de développement
- b. l'épilepsie ou l'infirmité motrice cérébrale si elle est accompagnée de (a)
- c. les troubles neuromusculaires (par exemple, la dystrophie musculaire), lorsqu'ils sont associés à une altération de la fonction respiratoire.
- d. autres troubles neurologiques associés à une altération de la fonction pulmonaire et/ou à une difficulté à manipuler les sécrétions pulmonaires

Le cancer actif est défini comme toute tumeur maligne pour laquelle un traitement actif (chimiothérapie systémique ou RT) est prévu, et les tumeurs malignes non cutanées ne faisant pas l'objet d'un traitement actif (y compris les lymphomes, les leucémies ou les tumeurs solides ne nécessitant pas de traitement actif, ou ne recevant que des soins palliatifs).

Obésité définie comme étant enregistrée dans le dossier du patient ou IMC >30kg/m²

26. Symptômes

Si des données sur les symptômes sont disponibles, veuillez sélectionner "données disponibles, veuillez sélectionner tous les symptômes qui s'appliquent" et sélectionner tous les symptômes qui s'appliquent et si possible indiquer la date d'apparition de chaque symptôme.

Si ce patient est asymptomatique, veuillez sélectionner "données disponibles, asymptomatique" et laisser tous les symptômes en blanc.

Si les données ne sont pas disponibles, veuillez sélectionner "données non disponibles" et laisser tous les symptômes en blanc.

27. Site de l'infection respiratoire

Veuillez indiquer tous les sites d'infection respiratoire qui s'appliquent.

Infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) uniquement (par exemple, rhinite, pharyngite, laryngite, rhume, épiglottite).

La pneumonie avec ou sans URTI doit être étayée par des preuves radiographiques.

Autre infection des voies respiratoires inférieures avec ou sans IVRS (par exemple, bronchiolite, trachéite).

Infection des voies respiratoires, site non spécifié, définie comme l'impossibilité d'exclure cliniquement une pneumonie et l'absence de radiographie pulmonaire ou l'impossibilité d'interpréter celle-ci.

28. Virus isolés

Veuillez sélectionner tous les virus qui ont été isolés. Si d'autres virus ont été isolés, veuillez préciser. Veuillez indiquer la date de prélèvement de l'échantillon pour le test positif. Si elle est inconnue (par exemple, si elle a été prélevée avant l'hospitalisation), veuillez indiquer la date non disponible.

29. Si le virus isolé est le SARS-CoV-2, a-t-il été identifié comme une souche variante ?

Si les données sont disponibles, veuillez indiquer si le virus isolé est une souche variante.

30. Si oui, veuillez indiquer la souche

Si une souche variante a été identifiée, veuillez indiquer la souche si elle est disponible.

31. Type de spécimen

Veuillez préciser le type d'échantillon prélevé qui s'est révélé positif. Si vous ne le savez pas, veuillez sélectionner "données non disponibles".

32. Test

Veillez indiquer le test effectué pour l'échantillon qui s'est révélé positif. Si vous ne le connaissez pas, veuillez sélectionner "données non disponibles". Veuillez noter qu'il n'est pas obligatoire que le prélèvement ou le test soit effectué à l'hôpital d'admission.

33. Ce patient a-t-il été traité avec un antiviral pour son IAV actuel ?

Si ce patient a été traité avec un antiviral, veuillez sélectionner tous les antiviraux qu'il a reçus et si possible indiquer la date de début de chaque antiviral.

34. Ce patient a-t-il reçu un antimicrobien pour son IVA actuelle ?

Si ce patient a reçu un antimicrobien, veuillez sélectionner tous les antimicrobiens qu'il a reçus et si possible indiquer la date de début de chaque antimicrobien. Dans la mesure du possible, veuillez ne signaler que les antimicrobiens reçus pour l'IRV de ce patient, quelle qu'en soit la durée.

35. Ce patient a-t-il reçu un corticostéroïde pour son IRV actuel ?

Si ce patient a reçu un corticostéroïde, veuillez sélectionner tous les corticostéroïdes qu'il a reçus et, si possible, indiquer la date de début de chaque corticostéroïde. Dans la mesure du possible, veuillez ne signaler que les corticostéroïdes reçus pour l'IRV de ce patient.

36. Ce patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants pour son IRV actuel ?

Si ce patient a reçu l'un des traitements indiqués pour lui, veuillez sélectionner tous les traitements reçus et si possible indiquer la date de début de chaque traitement.

37. Ce patient avait-il une co-infection bactérienne ?

Une co-infection bactérienne est définie comme une culture positive obtenue à partir de tout site infecté avec un nouvel agent pathogène. Si oui, veuillez préciser la date de la culture positive, le site de l'infection et l'agent pathogène identifié. Si une ORA pour laquelle le PCSIN effectue une surveillance (par ex. CDI, MRSA BSI, VRE BSI, CPE) a été identifiée, veuillez indiquer le PID du PCSIN afin que nous puissions relier les données des patients. Veuillez ne pas inclure les infections fongiques.

38. Ce patient a-t-il eu un accident vasculaire cérébral dans les 30 jours suivant un test positif (ou avant la sortie, selon la première éventualité) ?

Veillez indiquer si ce patient a subi un accident vasculaire cérébral dans les 30 jours suivant un test positif ou avant sa sortie de l'hôpital, selon la première éventualité.

39. Ce patient a-t-il eu une embolie pulmonaire dans les 30 jours suivant un test positif (ou jusqu'à sa sortie, selon la première éventualité) ?

Veillez indiquer si ce patient a eu une embolie pulmonaire dans les 30 jours suivant un test positif ou avant sa sortie, selon la première éventualité.

40. Ce patient avait-il une directive (par exemple, une ordonnance de non-réanimation) spécifiant qu'il ne devait pas être admis en soins intensifs et/ou intubé ?

Veillez indiquer si ce patient avait une directive de planification avancée (par exemple, DNR) qui spécifiait que le patient ne souhaitait pas être admis dans une unité de soins intensifs et/ou être intubé.

41. Ce patient a-t-il eu besoin d'une BiPAP ou d'une CPAP dans les 30 jours suivant un test positif ?

Veillez indiquer si ce patient a eu besoin d'une BiPAP ou d'une CPAP (y compris une CPAP dans une isolette néonatale) dans les 30 jours suivant un test positif.

42. Nombre total de jours sous CPAP ou BiPAP

Dans l'affirmative à la Q41 et si possible, veuillez préciser le nombre total de jours où ce patient a été sous CPAP ou BiPAP.

43. Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant un test positif en raison d'une complication de son IRV ?

Veillez indiquer si ce patient a eu besoin d'une dialyse (hématopoïétique ou péritonéale) ou d'une thérapie de remplacement rénal continue (TRRC) dans les 30 jours suivant le test positif en raison d'une complication de son infection respiratoire virale. Si ce patient recevait une dialyse avant son test positif, veuillez sélectionner non et indiquer à Q25.

44. Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant un test positif ?

Veillez indiquer si ce patient a nécessité une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant le test positif.

45. Ventilation mécanique - nombre total de jours de ventilation

Dans l'affirmative à la Q44 et si possible, veuillez préciser le nombre total de jours où ce patient a reçu une ventilation mécanique.

46. Ce patient a-t-il eu besoin d'une ECMO dans les 30 jours suivant un test positif ?

Veillez indiquer si ce patient a eu besoin d'une oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) dans les 30 jours suivant le test positif.

47. Admission aux soins intensifs

Veillez indiquer si ce patient a dû être admis ou transféré dans une unité de soins intensifs dans les 30 jours suivant le test positif.

48. Date d'admission aux soins intensifs

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 47, veuillez indiquer la date d'admission aux soins intensifs.

49. Date de sortie de l'unité de soins intensifs

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 47, veuillez indiquer la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou si ce patient était encore en unité de soins intensifs.

50. Quel était le résultat de ce patient 30 jours après un test positif ?

À 30 jours après un test positif, veuillez sélectionner l'une des options de résultats disponibles. Veuillez indiquer la sortie, le transfert ou la date du décès, le cas échéant.

Le transfert fait référence au transfert vers un autre établissement ; la sortie fait référence au retour à la maison (par exemple, là où le patient vivait avant son hospitalisation) ; si le patient est toujours hospitalisé (peu importe l'unité) dans votre hôpital, il sera enregistré sous la rubrique "patient vivant, toujours hospitalisé".

51. Si ce patient est décédé dans les 30 jours suivant un test positif, veuillez indiquer le lien entre l'IRV et le décès.

Si ce patient est décédé dans les 30 jours suivant un test positif, veuillez indiquer si l'IVA était la cause du décès (c.-à-d. que le patient ne souffrait d'aucune autre affection qui aurait pu causer son décès au cours de cette hospitalisation) ; l'IVA a contribué au décès (c.-à-d. que l'IVA a exacerbé une affection existante qui a entraîné le décès du patient) ; l'IVA n'était pas liée au décès ou il a été impossible de déterminer la causalité entre l'IVA et le décès.

Historique des révisions

Date	Révisions effectuées
27 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour du formulaire de rapport hebdomadaire des agrégats (suppression de la liste des lignes et ajout d'un groupe d'âge plus élevé) Ajout de symptômes au questionnaire destiné aux patients (Q13)
9 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> Ajout d'une question concernant les soins directs prodigués par le personnel soignant à un ou plusieurs patients positifs au COVID-19 (Q7b).
20 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> Updated patient questionnaire <ul style="list-style-type: none"> Date ajoutée de la réadmission Le diagnostic primaire d'admission est devenu un champ de texte Ajout de la date d'apparition de chaque symptôme Ajout d'une infection bactérienne secondaire dialyse supplémentaire requise en vertu de l'impact dans les 30 jours Date ajoutée de l'admission en soins intensifs et de la sortie des soins intensifs Ajout de la date de sortie de la réadmission Ajout d'une section de commentaires
28 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> Ajouté asymptomatique comme option de réponse sous symptômes Modification de la définition de cas du COVID-19 pour refléter le fait que le meilleur jugement clinique doit être utilisé pour les patients qui sont positifs au COVID-19 plus de 14 jours avant leur admission.
11 juin 2020	<ul style="list-style-type: none"> Pour tous les autres VRI (c'est-à-dire les cas non COVID-19), un questionnaire destiné au patient ne doit être rempli que pour les cas associés aux soins de santé. La section sur les rapports nuls a été mise à jour pour refléter les rapports nuls pour les données hebdomadaires. Les définitions incluses dans les notes de bas de page du questionnaire ont été déplacées à l'annexe D - dictionnaire des données. Q10 modifié de "établissement de soins de longue durée" à "maisons de retraite et de soins de longue durée". Ajout d'options de réponse pour le diagnostic d'admission Ajouté les conditions médicales sous-jacentes suivantes (Q13) : démence/maladie d'Alzheimer et obésité. Ajouté les éléments suivants sous les symptômes (Q14) : frissons, hypoxie, fatigue/léthargie, manque d'appétit/perte de poids, vertiges, déshydratation et altération de l'état mental. Q15 modifié de "type d'IRV" à "site de l'infection respiratoire". La chloroquine a été retirée de la question sur les antiviraux (Q20) car elle est prise en compte dans la question sur les autres traitements (Q21). Ajout des options de réponse suivantes sous "autre traitement" (Q21) : Amoxicilline/Clavuline, Céfazoline, Ceftriaxone, Pipéracilline/Tazobactam, Méropénem, Vancomycine et Stéroïde.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pour Q22 infection bactérienne secondaire, ajout d'options de réponse sur les pathogènes • Suppression de la question "Impact dans les 30 jours" et création de questions distinctes pour les éléments suivants : ventilation non invasive, nouveaux besoins en oxygène et dialyse nécessaire en raison de COVID-19. • Suppression de la question "augmentation des paramètres du ventilateur". • Ajout du "nombre total de jours de ventilation" pour la ventilation mécanique et non invasive.
18 septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • À partir de la semaine du 23 au 29 août, les nouveaux groupes d'âge sont collectés sur le formulaire de rapport hebdomadaire. • Mise à jour du formulaire de collecte des données du dénominateur pour recueillir les jours-patients et les admissions de patients par groupe d'âge. <p>Mise à jour de la définition du cas COVID-19 pour préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le patient a plusieurs tests positifs, veuillez utiliser la date du premier test positif pour déterminer l'éligibilité. • Tout patient qui a répondu à la définition de cas dans le passé et qui est réadmis dans un hôpital participant avec un COVID-19 confirmé en laboratoire, identifié soit pendant sa réadmission, soit dans les 14 jours précédant sa réadmission. • Veuillez remplir un questionnaire pour chaque admission survenant dans les 14 jours suivant un test positif pour le SRAS-CoV-2. <p>Les modifications suivantes ont été apportées au questionnaire destiné aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour des raisons de cohérence avec les autres projets de surveillance du PCSIN, on a ajouté les trois premiers chiffres du code postal du patient. • Ajouté "ce patient a-t-il été précédemment admis et moi la définition de cas COVID-19". • Sous le diagnostic primaire d'admission, les options de réponse suivantes seront combinées sous la rubrique maladie respiratoire aiguë : FRI, ILI, COVID-19, pneumonie, ARD. • Ajouté "ce patient a-t-il été testé positif au SRAS-CoV-2 dans les trois mois précédant ce test positif". • Ajouté "si CA, veuillez spécifier la source d'exposition si disponible". • Changer le terme "travailleur de la santé" en "personnel de la santé". • Ajouté "lieu où le HCP a travaillé dans les 14 jours précédant le test positif". • Ajouté "type de HCP". • Suppression de l'option de réponse "stéroïde" dans "autre traitement" et création d'une question spécifique sur la réception de corticostéroïdes, le type et la date. • Ajout de la date de la culture positive et du site de l'infection à la question concernant l'infection bactérienne secondaire. • Collecte également du NID PCSIN si des ICD, des bactériémies à SARM, des bactériémies à ERV et des EPC sont identifiés parmi les patients de COVID-19. • Ajouté : " Ce patient a-t-il eu un accident vasculaire cérébral dans les 30 jours suivant un test positif ? ".

	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouté : "Ce patient a-t-il eu une embolie pulmonaire dans les 30 jours suivant un test positif ? • Mise à jour de la question sur la ventilation non invasive : " Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation non invasive (par ex. BiPAP, CPAP) dans les 30 jours suivant un test positif ? " en " Ce patient a-t-il eu besoin d'une BiPAP ou d'une CPAP dans les 30 jours suivant un test positif ". • Suppression de la question "Ce patient a-t-il eu de nouveaux besoins en oxygène ?".
20 octobre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification de la définition du cas COVID-19 : <i>Si le patient a plusieurs tests positifs, veuillez utiliser le premier test positif <u>lié à cette date d'admission</u> pour déterminer l'éligibilité.</i> • Mise à jour de la question suivante : " Ce patient a-t-il eu une infection bactérienne secondaire ? " en " Ce patient a-t-il eu une co-infection bactérienne ? ". • Mise à jour des critères pour indiquer que la thérapie de remplacement rénal continue (CCRT) doit être saisie sous Q33. Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant un test positif en tant que complication de l'infection par le COVID-19 ? • Mise à jour de la définition des soins de longue durée ou des maisons de retraite afin d'inclure des installations telles qu'une maison de soins privée ou publique, un bâtiment résidentiel d'aide à la vie autonome ou une maison de soins infirmiers avec différents niveaux de soins pour les personnes âgées. Cela exclut les foyers de groupe pour les personnes souffrant de troubles du développement, de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. • Pour le diagnostic primaire d'admission, si un patient positif au COVID-19 a été admis d'une maison de retraite ou de soins de longue durée pour des raisons non cliniques (par exemple, la maison ne peut pas répondre aux exigences d'isolement, manque de soutien infirmier, etc. • Ajout de la définition suivante concernant la soumission des données pour les patients réadmis : <i>Si un patient est réadmis dans les 30 jours suivant un test positif => recueillir toutes les données sur le même formulaire.</i> <i>Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours après un test positif => ne pas saisir la réadmission.</i> <i>Si un patient est réadmis > 90 jours (3 mois) après sa première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le PID du premier ^{formulaire} afin que nous puissions relier les données du cas.</i> • La date de réadmission (qui avait été supprimée le 28 septembre) a été rajoutée. • Clarification de la question suivante : "Ce patient a-t-il été admis précédemment <u>> 3 mois avant cette admission</u> et répondait-il à la définition de cas COVID-19 ? • Clarification de la question suivante : "Le patient a-t-il été traité avec un antiviral <u>pour son IVA actuelle</u> ?" • A clarifié la question suivante : "Ce patient a-t-il reçu un antimicrobien <u>pour son IVA actuelle</u> ?"

	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification de la question suivante : " Ce patient a-t-il reçu un corticostéroïde <u>pour son IRV actuel</u> ? " • A clarifié la question suivante : "Ce patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants <u>pour son IRV actuel</u> ?" • Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez saisir 999 pour le code postal.
30 nov. 2020	<ul style="list-style-type: none"> • La question suivante a été ajoutée au rapport hebdomadaire : "Votre site a-t-il déclaré un nouveau foyer de COVID-19 pour cette semaine de déclaration ?". Si oui, veuillez fournir la définition de cas de l'épidémie de COVID-19 de votre site.
7 décembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • L'hypertension a été ajoutée en tant qu'option de réponse distincte et n'est plus collectée dans le cadre des maladies cardiaques chroniques.
25 mars 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs à long terme actualisés • Mise à jour de la section sur la collecte et la soumission des données pour refléter le nouveau module VRI CNPHI et la collecte de données supplémentaires (par exemple, le nombre de nouveaux foyers). • Ajout d'une question concernant le transfert direct depuis un autre établissement de soins de courte durée et la date d'admission dans l'établissement de soins de courte durée d'origine. • Lorsque le SARS-CoV-2 a été isolé, ajout d'une question pour identifier la souche variante identifiée. • Ajout de nouvelles questions concernant la grippe et la vaccination COVID-19 • Ajout d'une nouvelle question pour déterminer si le patient avait une directive spécifiant qu'il ne devait pas être intubé ou admis en soins intensifs. • Diviser la question "ce patient a-t-il été admis en provenance d'une maison de retraite ou de soins de longue durée" en deux questions distinctes. • Dans le cadre du diagnostic primaire admis, les complications liées à la grossesse sont incluses avec le travail. • Mise à jour des comorbidités préexistantes comme suit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajouté la question suivante : "si oui à la maladie rénale, ce patient était-il sous dialyse ?"