**CRF COVID-19 et Cancer de l’enfant**

# Données générales

Centre SFCE : Cliquez ici pour entrer du texte.

Première lettre du NOM : Première lettre du PRENOM :

Date de naissance : MM/AAAA Sexe : F [ ]  M [ ]

Poids (kg) : Cliquez ici pour entrer du texte. Taille (cm) : Cliquez ici pour entrer du texte.

Diagnostic oncologique :

* Phase de soins : Diagnostic initial [ ]  Rechute [ ]

Si rechute, rechute n° ? Cliquez ici pour entrer du texte.

* Hémopathie
	+ Leucémie
		- LAL [ ]  B [ ]  T [ ]  SR [ ]  MR [ ]  HRVHR [ ]
		- LAM [ ]
		- SMP [ ]
	+ Lymphome
		- Maladie de Hodgkin [ ]  Stade :
		- LNH [ ]  Stade :
* Tumeur solide :
	+ Gliome bas grade [ ]
	+ Gliome haut grade [ ]
	+ Médulloblastome [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
	+ Neuroblastome [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
	+ Néphroblastome [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
	+ Sarcome des tissus mous [ ]
		- RMS [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
		- Non RMS [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
	+ TGM [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
	+ Tumeur osseuse [ ]
		- Ostéosarcome [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
		- Sarcome d’Ewing [ ]  Localisé [ ]  Métastatique [ ]
	+ Tumeur autre [ ]  Préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.

Précisions sur le diagnostic : Cliquez ici pour entrer du texte.

Antécédents :

* Antécédents de greffe de CSH ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, quel type de greffe :
		- Autogreffe [ ]
		- Allogreffe génoidentique [ ]
		- Allogreffe phénoidentique [ ]
		- Allogreffe d’USP [ ]
		- Allogreffe haploidentique [ ]
	+ Si oui, date de la greffe : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Si oui, GVH actuelle ? Oui [ ]  Non [ ]
		- Si GVH : Aiguë [ ]  Chronique [ ]  Grade :Cliquez ici pour entrer du texte.
* Antécédent d’infection sévère (bactériémie, nécessité de remplissage vasculaire, d’amines vasopressives, de recours à un avis réanimateur…) ?
	+ Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, au décours d’une période d’aplasie ?
		- Oui [ ]  Non [ ]
* Antécédents de pathologie respiratoire chronique (asthme, bronchectasies, séquelles d’infarctus pulmonaire, HTAP…) ?
	+ Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui lequel :Cliquez ici pour entrer du texte.
* Antécédents de pneumopathie ?
	+ Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, nombre d’épisodes : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Antécédents de chirurgie thoracique ?
	+ Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, date de la chirurgie : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Si oui, préciser le type de chirurgie :Cliquez ici pour entrer du texte.
* Antécédent de radiothérapie ?
	+ Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui :
		- Radiothérapie thoracique [ ]
		- Radiothérapie rachidienne thoracique [ ]
		- Irradiation corporelle totale [ ]
		- Autre [ ]  (Préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.)
		- Préciser le champ d’irradiation : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Préciser la dose prescrite : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Préciser la date de la dernière séance : Cliquez ici pour entrer une date.
		- Type de rayonnements : Photons [ ]  Protons [ ]  Electrons [ ]
* Autre antécédents notables (syndrome génétique, pathologie chronique, déficit immunitaire…) ? Cliquez ici pour entrer du texte.

# Données concernant le COVID-19

## Modalités du diagnostic :

* Diagnostic réalisé :
	+ Sur un dépistage systématique [ ]
		- Si oui, quel était le motif du dépistage (allogreffe, chimio HD, autre…) ? Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Devant l’apparition de signes cliniques [ ]
* Recherche par RT-PCR faite ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Date de la première PCR : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Positivité de la RT-PCR Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui :
		- Préciser la nature de l’échantillon : nez/gorge [ ]  LBA ou crachat [ ]  selles [ ]  Autre [ ]
		- Si « autre » coché, préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Date de la première PCR positive : Cliquez ici pour entrer une date.
* Sérologie IgM anti-SARS-CoV-2 réalisée ? Oui ☐ Non ☐
	+ Si oui, positive ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Date de réalisation : Cliquez ici pour entrer une date.
* Diagnostic porté uniquement sur des critères clinico-radiologiques : Oui [ ]  Non [ ]
* Utilisation d’une autre méthode diagnostique ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui ou laquelle ? Cliquez ici pour entrer du texte.

## Contage et incubation :

* Entourage (partageant la même habitation) positif ou suspect ? Oui [ ]  Non [ ]  Ne sait pas [ ]
	+ Si oui et si applicable, date des premiers symptômes du contact : Cliquez ici pour entrer une date.

## Signes fonctionnels et signes cliniques liés à l’infection :

 Phase initiale puis J7-J10 puis 15-J20 puis J25-30

* Aucun [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Hyperthermie > 38,5°C [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Hyperthermie comprise entre 38 et 38,5°C [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Sensation d’hyperthermie avec T° < 38°C [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Myalgies [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Asthénie [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Toux [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Productive [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Sèche [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Incoercible/quinteuse [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Douleur thoracique [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Caractéristiques (diurne/nocturne, localisation, type, permanente/intermittente/ à la toux…) : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Détresse respiratoire [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Signes de lutte [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Polypnée [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Désaturation/cyanose [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Anomalie auscultatoire [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Signes hémodynamiques [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Tachycardie [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ TRC allongé [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ Marbrures [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
	+ HypoTA [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Rhinorrhée [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Céphalées [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Diarrhée [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Anosmie [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Agueusie/dysgueusie [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Eruption cutanée [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
* Autres signes (préciser) : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Date des premiers symptômes de COVID-19 (ignorer si aucun signe) : Cliquez ici pour entrer une date.

## Signes biologiques :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Phase initiale | J7-J10 | J15-J20 | J25-30 |
| Leucocytes (G/L) |  |  |  |  |
| Hb (g/dL) |  |  |  |  |
| Plaquettes (G/L) |  |  |  |  |
| PNN (G/L) |  |  |  |  |
| Lymphocytes (G/L) |  |  |  |  |
| CRP (mg/L) |  |  |  |  |
| PCT (ng/mL) |  |  |  |  |
| ASAT (xN) |  |  |  |  |
| ALAT (xN) |  |  |  |  |

*Si données manquantes car non réalisé, indiquer « NF »*

Si phénotypage lymphocytaire B/T, indiquer la ou les dates d’examen et les résultats : Cliquez ici pour entrer du texte.

* Co-infection documentée ? Oui [ ]  Non [ ]  Non recherchée [ ]
	+ Si oui :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Identification | Type de prélèvement | Date de découverte |
| Micro-organisme 1 |  |  |  |
| Micro-organisme 2 |  |  |  |
| Micro-organisme 3 |  |  |  |

* Autres éléments pertinents du bilan biologique (ex créat élevée, dysnatrémie, dyskaliémie, dyscalcémie…) : Cliquez ici pour entrer du texte.

## Signes radiologiques

* Radiographie thoracique réalisée ? Oui ☐ Non ☐
	+ Si oui :
		- Date : Cliquez ici pour entrer une date.
		- Pas d’anomalie [ ]
		- Syndrome interstitiel [ ]
		- Foyer systématisé [ ]
		- Epanchement pleural [ ]
		- Atteinte unilatérale [ ]  Atteinte bilatérale [ ]
		- Atteinte localisée [ ]  Atteinte diffuse [ ]
		- Autre signe [ ]  Préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.
* TDM thoracique réalisée ? Oui ☐ Non ☐
	+ Si oui :
		- Date : Cliquez ici pour entrer une date.
		- Pas d’anomalie [ ]
		- Verre dépoli [ ]

Si oui :

* + - * Périphérique  [ ]  Péri-hilaire [ ]
			* Bilatéral [ ]  Unilatéral [ ]
			* Localisé  [ ]  Diffus [ ]
		- Nodules [ ]

Si oui, taille, nombre, localisation Cliquez ici pour entrer du texte.

* + - Condensation [ ]

Si oui :

* + - * Périphérique  [ ]  Péri-hilaire [ ]
			* Bilatéral [ ]  Unilatéral [ ]
			* Localisé  [ ]  Diffus [ ]
			* Nombre, taille et localisation(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Épaississement des septa interlobulaires ? Oui ☐ Non ☐
		- Autre anomalie [ ]  Préciser :Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Pourcentage d’atteinte du parenchyme pulmonaire :
			* < 25 % [ ]
			* 25-50 % [ ]
			* 50-75 % [ ]
			* > 75 % [ ]
			* Donnée indisponible
* Autre imagerie (ex échographie thoracique) ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui :
		- Laquelle : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Date : Cliquez ici pour entrer une date.
		- Résultats : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Une imagerie a-t-elle été réalisée à distance pour contrôler les anomalies ? Oui [ ]  Non [ ]  N/A [ ]
	+ Si oui :
		- Type d’imagerie : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Date(s) de réalisation : Cliquez ici pour entrer une date. Cliquez ici pour entrer une date. Cliquez ici pour entrer une date.
		- Régression des signes radiologiques ? Oui ☐ Non ☐
			* Si oui, date : Cliquez ici pour entrer une date.

# Traitements en cours au moment des premiers symptômes ou de la contamination au SARS-CoV-2

Protocole et bras de traitement (préciser si patient inclus ou non) : Cliquez ici pour entrer du texte.

Phase du traitement au moment des symptômes : Cliquez ici pour entrer du texte.

Si traitement terminé et patient en cours de suivi après traitement, date du dernier traitement reçu : Cliquez ici pour entrer une date.

Chimiothérapie dans les 3 semaines précédant ou au moment des symptômes : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui, nom des dernières molécules reçues et date d’administration

|  |  |
| --- | --- |
| **Molécule** | **Date d’administration** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Radiothérapie dans le mois précédant ou au moment des symptômes : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui :
	+ Date de la de la dernière séance : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Anesthésie générale pour les séances Oui [ ]  Non [ ]
	+ Type de rayonnements :
		- Photons [ ]
		- Protons [ ]
		- Electrons [ ]
	+ Dose totale prescrite (Gy) : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Champ d’irradiation : Cliquez ici pour entrer du texte.

Chirurgie dans les 3 semaines précédant ou au moment des symptômes : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui :
	+ Date de la de l’intervention : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Type d’intervention : Cliquez ici pour entrer du texte.

Thérapie ciblée reçue dans les 3 semaines avant : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui :
	+ Nom de la molécule : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Date d’administration : Cliquez ici pour entrer du texte.

Corticothérapie reçue dans les 3 semaines avant : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui :
	+ Nom de la molécule : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Date d’administration : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Doses reçues : Cliquez ici pour entrer du texte.

Traitement immunosuppresseur dans les 3 semaines avant : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui :
	+ Nom de la ou des molécule(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Date d’administration : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Doses reçues : Cliquez ici pour entrer du texte.

AINS reçus dans les 3 semaines avant : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui :
	+ Nom de la molécule : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Date d’administration : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Doses reçues : Cliquez ici pour entrer du texte.

 G-CSF dans les 3 semaines avant : Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui :
	+ Nom de la molécule : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Date d’administration : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Doses reçues : Cliquez ici pour entrer du texte.

#  Prise en charge de l’infection

* Inclusion dans un protocole thérapeutique COVID ? Oui [ ]  Non [ ]
* Prise en charge initiale :
	+ A domicile [ ]
	+ Hospitalisation en unité conventionnelle [ ]
	+ Hospitalisation en unité de soins intensif ou réanimation [ ]
	+ Si hospitalisation initiale, date de l’hospitalisation : Cliquez ici pour entrer une date.
* Traitement antiviral ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, lequel ou lesquels : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Si oui, date d’introduction : Cliquez ici pour entrer une date.
* Oxygénothérapie initiale ?
	+ Aucune [ ]
	+ Nasale [ ]
	+ Oxygénothérapie haut débit [ ]
	+ VNI [ ]
	+ Ventilation invasive d’emblée [ ]
* Antibiothérapie ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, quel(s) ATB ? Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Si oui, date d’introduction Cliquez ici pour entrer une date.
* Autre thérapie (ex : hydroxycholoroquine) ? Oui ☐ Non [ ]
	+ Si oui, quelle(s) molécule(s) ? Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Si oui, date d’introduction Cliquez ici pour entrer une date.
* Transfusions ? Oui ☐ Non [ ]
	+ Si oui :
		- Nombre de CUP transfusés dans le mois suivant le début de l’infection : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Nombre de CGR transfusés dans le mois suivant le début de l’infection : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Traitement symptomatique entrepris : Cliquez ici pour entrer du texte.

# Données évolutives

* Date des dernières nouvelles : Cliquez ici pour entrer une date.
* Statut aux dernières nouvelles ? Vivant [ ]  Décédé [ ]
	+ Si applicable, date de décès : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Si applicable, décès lié au COVID-19 ? Oui [ ]  Non [ ]
* Aggravation clinique de l’infection ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, date d’aggravation : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Si oui, préciser les signes d’aggravation :Cliquez ici pour entrer du texte.
* PCR SARS-CoV-2 répétée ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, indiquer date(s) et résultats :

|  |  |
| --- | --- |
| **Date du test** | **Résultat** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* Hospitalisation en réanimation ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, date d’hospitalisation : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Si oui, motif (ex : SDRA, sepsis sévère…) : Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Si oui, recours à :
		- Ventilation non invasive Oui [ ]  Non [ ]
		- Optiflow/OHD Oui [ ]  Non [ ]
		- Ventilation mécanique invasive Oui [ ]  Non [ ]
		- Amines vasopressives Oui [ ]  Non [ ]
		- Sédation Oui [ ]  Non [ ]
		- Tocilizumab Oui [ ]  Non [ ]
			* Si oui, nombre d’injections :Cliquez ici pour entrer du texte.
			* Si oui, dates d’injections :Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Si ventilation mécanique :
		- Durée de ventilation : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Décubitus ventral ? Oui [ ]  Non [ ]
			* Si oui durée :Cliquez ici pour entrer du texte.
	+ Date de sortie de réanimation : Cliquez ici pour entrer une date.
	+ Date de sortie à domicile : Cliquez ici pour entrer une date.
* Evolution favorable ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, date de disparition des symptômes : Cliquez ici pour entrer une date.
* Séquelles à 3 mois du début de l’infection ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui,
		- Séquelles pulmonaires Oui [ ]  Non [ ]
			* Si oui, type de séquelle (radiologique, EFR, clinique…) : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Séquelles extrapulmonaires Oui [ ]  Non [ ]
			* Si oui lesquelles (détailler) : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Séquelles à 6 mois du début de l’infection ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui,
		- Séquelles pulmonaires Oui [ ]  Non [ ]
			* Si oui, type de séquelle (radiologique, EFR, clinique…) : Cliquez ici pour entrer du texte.
		- Séquelles extrapulmonaires Oui [ ]  Non [ ]
			* Si oui lesquelles (détailler) : Cliquez ici pour entrer du texte.

# Retentissement de l’infection sur le plan onco-hématologique

L’infection a-t-elle amené à décaler un traitement à visée anticancéreuse ? Oui [ ]  Non [ ]

* Si oui, quel traitement a été décalé ? Cliquez ici pour entrer du texte.
* Si oui, quel a été le délai avant de reprendre le traitement ? Cliquez ici pour entrer du texte.