**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.