



## COVID-19 et maladies auto-immunes/auto-inflammatoires

Initiale nom de naissance	<input type="text"/>	<b>Numéro du patient :</b> (Espace à laisser libre, numéro déterminé par ordre d'envoi par la DRC qui s'assurera d'un numéro unique)
Initiale du prénom	<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>	
Vous êtes-vous assuré que le patient ou représentant légal ne s'est pas opposé au recueil de ses données ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Sexe :</b>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Poids :</b>
<b>Nom de la pathologie auto-immune ou auto-inflammatoire</b>		
<b>Date du diagnostic de la maladie</b> (mois et année)	<input type="text"/>	
<b>Comorbidité(s) :</b>	<input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Cardiopathie <input type="checkbox"/> Traitement par IEC/ARA2 <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Antécédents d'AVC <input type="checkbox"/> Autre	
<b>Traitement en cours au moment du diagnostic de l'infection COVID-19 et modifications post-diagnostic</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Corticoïdes</b>	<b>Lequel</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg/j <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :	<b>Motif :</b>
<input type="checkbox"/> <b>AINS</b>	<b>Lequel</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg/j <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :	<b>Motif :</b>
<input type="checkbox"/> <b>Colchicine</b>		<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg/j <input type="checkbox"/> Voie orale
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :	<b>Motif :</b>
<input type="checkbox"/> <b>Plaquenil</b>		<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg/j <input type="checkbox"/> Voie orale
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :	<b>Motif :</b>

<input type="checkbox"/> <b>Nivaquine</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg/j		<input type="checkbox"/> Voie orale	
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	Si oui : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		Motif :	
<input type="checkbox"/> <b>Méthotrexate</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<b>Date de la dernière administration/prise</b>
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	Si oui : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		Motif :	
<input type="checkbox"/> <b>Leflunomide</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale	<b>Date de la dernière prise</b>
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	Si oui : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		Motif :	
<input type="checkbox"/> <b>Salazopyrine</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale	<b>Date de la dernière prise</b>
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	Si oui : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		Motif :	
<input type="checkbox"/> <b>Mycophénolate Mofétil /Acide mycophénolique</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale	<b>Date de la dernière prise</b>
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	Si oui : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		Motif :	
<input type="checkbox"/> <b>Ciclosporine</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale	<b>Date de la dernière prise</b>
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	Si oui : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		Motif :	
<input type="checkbox"/> <b>Azathioprine</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale	<b>Date de la dernière prise</b>
<input type="checkbox"/> <i>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</i>	Si oui : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		Motif :	

<input type="checkbox"/> <b>Ig IV/SC</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<b>Date de la dernière administration</b>
<input type="checkbox"/> <b>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</b>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		<b>Motif :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Biologique Lequel :</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg <input type="checkbox"/> Pleine dose <input type="checkbox"/> Dose réduite	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<b>Date de la dernière administration/prise</b>
<input type="checkbox"/> <b>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</b>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		<b>Motif</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Inhibiteurs de JAK</b> Lesquels :	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg/j	<input type="checkbox"/> Voie orale	<b>Date de la dernière prise</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</b>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		<b>Motif :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	<b>Dose au moment du diagnostic</b> mg	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre.	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<b>Date de la dernière administration/prise</b>
<input type="checkbox"/> <b>Modification du traitement après le diagnostic de COVID</b>	<b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Changement de dose <input type="checkbox"/> Autre :		<b>Motif :</b>	
<b>Commentaire libre (facultatif)</b>				

Infection COVID-19				
<b>Date des premiers symptômes (jour/mois) :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>Diagnostic confirmé par PCR :</b>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<b>Date :</b>
<b>Sévérité :</b>		<input type="checkbox"/> Bénigne (Ambulatoire)	<input type="checkbox"/> Modérée (Hospitalisation)	<input type="checkbox"/> Sévère (Soins intensifs/Réanimation)
		Date :	Date :	Date :
<b>Prise en charge médicamenteuse spécifique du COVID-19 :</b>				
<b>Antiviral :</b>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
		<i>Si oui lequel ? :</i>		
<b>Autre :</b> (Corticoïdes, APS, tocilizumab ou autres biologiques, JAKi...)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
		<i>Si oui lequel ? :</i>		
<b>Évolution :</b>				
<input type="checkbox"/> Guérison sans séquelles				
<input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles		Lesquelles ? : <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Décès		Date : <input type="text"/>		

**Merci d'envoyer votre fiche par mail  
à [l'adresse sécurisée suivante](mailto:covid19.fai2r@chru-lille.fr) :**

**[covid19.fai2r@chru-lille.fr](mailto:covid19.fai2r@chru-lille.fr)**

*Cette recherche se déroule en conformité avec la  
méthodologie de référence MR004 (étude  
rétrospective sur données médicales).*

### **Votre tampon ou vos coordonnées médicales**

Nom / Prénom / Adresse mail / Téléphone / Nom de l'hôpital