



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 : 7 décembre 2020

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

Contexte

Les infections respiratoires virales (IRV) entraînent une morbidité et une mortalité accrues dans les établissements de soins pour adultes et pour enfants. L'âge est un facteur de risque important en ce qui concerne la gravité, la transmission et l'impact des IRV. Les conséquences des IRV sont particulièrement préoccupantes pour les enfants et les adultes âgés présentant des comorbidités existantes ou des affections sous-jacentes telles que des maladies cardiaques et pulmonaires ou une immunosuppression. L'émergence du SRAS, de la grippe aviaire, de la nouvelle grippe H1N1, du MERS-CoV et, récemment, du COVID-19 ont souligné la nécessité de disposer les données pour éclairer les pratiques de prévention et de contrôle des infections par les agents pathogènes respiratoires dans les établissements de soins.

Justification

La capacité d'un hôpital à gérer de manière appropriée les patients avec COVID-19 ou un IRV dépendra de sa compréhension du fardeau que représentent les infections respiratoires graves associées à la fois à la communauté et aux soins de santé. Cette surveillance aidera à comprendre le fardeau de COVID-19 et des autres IRV chez les adultes et les enfants des hôpitaux canadiens.

Un système de surveillance hospitalière en temps réel aidera à identifier les groupes à haut risque, ainsi qu'à 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. Décrivez la population de patients hospitalisés avec SARS-CoV-2
2. Fournir des données opportunes (par exemple, des données démographiques, cliniques etc.) aux hôpitaux et à l'ASPC concernant les patients hospitalisés avec SARS-CoV-2

Objectifs à long terme

1. Identifier les infections respiratoires virales nouveaux et émergents dans les hôpitaux de soins de courte durée canadiens
2. Décrire certaines caractéristiques des organismes impliqués et des populations pédiatriques et adultes qui développent un IRV afin d'aider les hôpitaux à élaborer des mesures de précaution pour les patients à haut risque
3. Faciliter la comparaison intra- et inter-hospitalière des taux d'IRV chez les adultes et les enfants au fil du temps
4. Comparer l'épidémiologie de SARS-CoV-2 aux autres IRV circulant actuellement chez les enfants et les adultes hospitalisés, et comparer l'épidémiologie de COVID-19 à celle d'agents pathogènes apparus précédemment au Canada, tels que le H1N1.

Méthodes

Conception de l'étude

Surveillance sentinelle de COVID-19 adulte et pédiatrique et d'autres IRV dans les hôpitaux participant au PCSIN.

Éligibilité des sites

Tous les hôpitaux du PCSIN peuvent y participer.

Période de surveillance

Surveillance tout au long de l'année.

Les rapports hebdomadaires commenceront la semaine du dimanche 29 mars au samedi 4 avril. Si possible, veuillez soumettre des données hebdomadaires rétrospectives à compter de la semaine du 15 mars au 21 mars. Même s'il n'y a aucun cas, ces données seront incluses.

Questionnaires détaillés des patients pour COVID-19 et autres IRV associés aux soins de santé, rétrospective au 1er mars 2020.

Admissibilité des cas

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

Définitions de cas

a) Définition de cas COVID-19 :

- Une personne dont le laboratoire a confirmé l'infection par le virus à l'origine de COVID-19

Critères d'inclusion :

- Tout patient identifié avec un résultat de laboratoire positif pour COVID-19 lors de son hospitalisation dans un hôpital participant au PCSIN
OU
- Tout patient identifié avec un résultat de laboratoire positif pour COVID-19 dans les 14 jours précédant son hospitalisation dans un hôpital participant au PCSIN
 - Veuillez utiliser votre meilleur jugement clinique lorsque vous appliquez le délai de 14 jours (c'est-à-dire que la date d'admission pourrait être supérieure à 14 jours depuis le résultat positif de la COVID-19)
 - Si le patient a obtenu plusieurs résultats positifs, veuillez utiliser la date du premier test positif pour déterminer l'admissibilité.

b) Définition de cas 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 agent pathogène viral des voies respiratoires
ET
- Au moins un des signes ou symptômes suivants :
fièvre (> 38 °Celsius) ou température unique >1.1 °Celsius au-dessus de la ligne de base à partir de n'importe quel site (oral, tympanique, auxiliaire), rhinite, congestion nasale, pharyngite, étternuements, toux, respiration sifflante, stridor, apnée, dyspnée, respiration difficile, augmentation des sécrétions respiratoires, changement des caractéristiques des sécrétions chroniques, diminution de l'entrée d'air à l'auscultation, râles, rhonchis, diminution de la saturation en oxygène, besoin d'une augmentation de FiO2, augmentation du support du ventilateur, augmentation de l'aspiration ou nouvelle anomalie sur la radiographie du thorax.
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 soit comme étant lié aux soins de santé acquis dans votre établissement de soins de courte durée, lié aux soins de santé toute autre exposition aux soins de santé ou lié à la communauté basée sur les critères suivants et conformément au meilleur jugement clinique du praticien des soins de santé et/ou de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Associé aux soins de santé acquis dans votre établissement de courte durée (AS-VECD)

- Apparition des symptômes $\geq 7^1$ jours calendriers après l'admission à l'hôpital déclarant et en utilisant le meilleur jugement clinique (par exemple, apparition des symptômes < 7 jours mais lien épidémiologique 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.

Associé aux soins de santé toute autre exposition 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.). Cela comprend également les établissements comme les maisons de santé privées ou publiques, les résidences-services ou les foyers de soins infirmiers et les CHSLD offrant divers niveaux de soins.

Origine communautaire (OC)

- 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.

Classification de l'exposition pour les IRV (à l'exclusion de COVID-19)

Pour toutes les autres IRV (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 des soins de santé et/ou de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Associé aux soins de santé acquis dans votre établissement de courte durée (AS-VECD)

- Apparition des symptômes ≥ 72 heures (≥ 3 jours calendriers) 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 (< 3 jours calendriers) après sa sortie de l'hôpital et en utilisant le meilleur jugement clinique.

¹ 7 jours a été choisi comme seuil pour attribuer l'acquisition à l'hôpital sur la base d'une estimation actuelle d'une incubation médiane de 4 jours (IQR 2-7 jours) pour les patients hospitalisés avec COVID-19. Il s'agit d'une estimation prudente qui peut être recodée ultérieurement en fonction 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>

Associé aux soins de santé toute autre exposition de soins (AS-Autre)

- Tout patient ayant un 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, un établissement ou une clinique de réadaptation, etc.)

Collecte et soumission des données

1. Un formulaire de déclaration hebdomadaire indiquant le nombre de nouvelles hospitalisations, admissions aux soins intensifs et de décès parmi les patients avec COVID-19 confirmée en laboratoire stratifiés par groupe d'âge sera soumis au PCSIN par voie électronique tous les mardis par la fin du jour ouvrable, et comprendra tous les cas identifiés au cours de la semaine précédente, c'est-à-dire du dimanche au samedi (annexe A).

Les sites peuvent choisir de soumettre les données hebdomadaires de deux façons :

- Remplissez le formulaire sur les données Web du RCRSP (c'est la méthode préférée)
- Remplissez le document Word et envoyez-le par courriel au PCSIN (phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca)

2. Pour la surveillance COVID-19 hebdomadaire, les admissions hebdomadaires seront estimées à partir des hospitalisations en 2019.

3. Pour chaque cas qui répond à la définition de cas pour COVID-19 ou autre IRV, un questionnaire détaillé du 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 => collecter toutes les données sur le même formulaire.*
- *Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours suivant un test positif => ne pas inscrire la réadmission (en ayant recours au meilleur jugement clinique).*
- *Si un patient est réadmis 90 jours (3 mois) ou plus après la première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le NIP du premier formulaire afin que nous puissions lier les données du cas.*

Veuillez soumettre les questionnaires détaillés des patients pour les cas COVID-19 si 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 d'IRV peuvent être soumis rétrospectivement. Veuillez soumettre les données par voie électronique sur le site Web du RCRSP ou par courriel à phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca.

4. Les données du dénominateur (annexe C) seront collectées sur le formulaire trimestriel du dénominateur et soumises sur le RCRSP. Si possible, veuillez stratifier vos données de dénominateur par âge (<18, 19-39, 40-59, 60-79 and 80+ ans).

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 aux soins intensifs
4. Nombre total de jours d'hospitalisation aux soins intensifs

**Collectés pour la surveillance du SARM, de l'ERV et des OPC*

Déclaration des données

Tous les hôpitaux du PCSIN recevront un rapport hebdomadaire global avec des données par groupe d'âge et au niveau provincial (totaux hebdomadaires et cumulés) pour le vendredi de la semaine de déclaration. Afin de calculer les tendances au fil du temps, seuls les emplacements qui ont systématiquement soumis des données hebdomadaires depuis le 15 mars seront inclus dans les chiffres respectifs. En outre, tous les hôpitaux du PCSIN recevront un rapport descriptif mensuel basé sur les données nationales issues du questionnaire détaillé destiné aux patients.

Rapport à zéro

Pour toute semaine sans cas à votre hôpital, veuillez entrer zéro dans le formulaire de déclaration hebdomadaire et le soumettre au PCSIN soit sous Données Web sur le RCRSP ou par courriel à phac.cnisp-pcsini.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 **nouvellement**² 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 \geq 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 aurait entraîné cette infection (selon le meilleur jugement clinique) et ne répond pas aux critères d'une infection associée aux soins de santé.

ANNEXE B. COVID-19 IRV QUESTIONNAIRE PATIENT

1.	Site CCEH : Sélectionnez le site CCEH.
2.	Numéro du patient : Numéro unique du patient. (N° du site CCEH) (Année) (Numéro du cas)
3.	Date de naissance : aaaa-mm-jj OU Âge : Entrez l'âge. Précisez : Années, mois ou jours
4.	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
5.	Code postal⁶ (3 premiers caractères) : _____
6.	Date d'hospitalisation : aaaa-mm-jj
7.	Date de réadmission⁷ : aaaa-mm-jj
8.	<p>Ce patient a-t-il déjà été admis plus de trois mois avant cette admission et répondait-il à la définition de cas de COVID-19⁸?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, veuillez préciser le NIP unique : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>
9.	<p>Où cet IRV a-t-il été acquis ?</p> <p><input type="checkbox"/> Associé aux soins de santé (acquis dans votre établissement de soins de courte durée)⁹</p> <p><input type="checkbox"/> Associé aux soins de santé (toute autre exposition aux soins de santé)¹⁰</p>

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

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

Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours suivant un test positif => ne pas inscrire la réadmission

⁸ Si un patient est réadmis 90 jours (3 mois) ou plus après la première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le NIP du premier formulaire afin que nous puissions lier 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.

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.)

	<input type="checkbox"/> Origine Communautaire ¹¹ <input type="checkbox"/> Inconnu
10.	<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 :
11.	<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.
12.	<p>Si ce patient est un personnel soignant, au cours des 14 jours précédant son test positif, ce patient a-t-il travaillé dans l'un des milieux suivants? Veuillez cocher toutes les réponses applicables.</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 contexte de soins de santé, veuillez préciser : <hr/>

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"/> S.O.
13.	<p>Si ce patient est un personnel soignant, de quel type de personnel soignant fait-il partie?</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmière (IA, IAA, IP)</p> <p><input type="checkbox"/> Inhalothérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Diététiste</p> <p><input type="checkbox"/> Entretien ménager</p> <p><input type="checkbox"/> Assistants personnels/préposé aux soins/aide/préposé aux bénéficiaires</p> <p><input type="checkbox"/> Bénévole</p> <p><input type="checkbox"/> Administrateur</p> <p><input type="checkbox"/> Physiothérapeute/ergothérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur social</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulancier paramédical/chauffeur d'ambulance</p> <p><input type="checkbox"/> Sage-femme</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> S.O.</p>
14.	<p>Si ce patient fait partie du personnel soignant, a-t-il fourni des soins directs¹³ à un ou plusieurs patients positifs à la COVID-19 au cours des 14 jours précédant le test positif?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> S.O.</p>
15.	<p>Ce patient a-t-il été admis en provenance d'un établissement de soins de longue durée ou de retraite ?</p>

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

	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> N/A - Patient pédiatrique
16.	Existe-t-il des preuves de voyage à l'étranger dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes du patient ? <input type="checkbox"/> Oui, si vous le connaissez, veuillez préciser le pays : Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
17.	Diagnostic primaire de l'hospitalisation : Veuillez préciser la raison pour laquelle le patient a été admis à l'hôpital. <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire aiguë (e.x. Pneumonie, Maladie de type grippal, COVID-19) <input type="checkbox"/> Chirurgie électorive <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Épreuve coronarienne aiguë <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Traumatisme <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Inconnu
18.	Existe-t-il des preuves que le patient souffre d'une ou plusieurs conditions médicales ? Veuillez cocher toutes les réponses applicables. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les réponses applicables</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maladies du foie <input type="checkbox"/> Cancer (actif) <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires (par exemple, asthme, BPCO) <input type="checkbox"/> Maladies rénales (y compris tous les patients sur dialyse) <input type="checkbox"/> Grossesse, si oui semaines de gestation Entrez semaines de gestation. <input type="checkbox"/> Receveur d'une transplantation d'organe <input type="checkbox"/> Autre immunosuppression¹⁴, veuillez préciser Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Les maladies cardiaques chroniques (à l'exclusion d'hypertension) <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Maladie neurologique grave¹⁵

¹⁴ Comprend l'immunodéficience congénitale ou acquise, la chimiothérapie, les médicaments immunosuppresseurs, les stéroïdes systémiques chroniques à forte dose (≥ 2 mg/kg ou ≥ 20 mg/jour de prednisone ou équivalent pendant > 2 semaines).

¹⁵ Comprend :

- a. un handicap intellectuel modéré ou un retard développemental
- 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

	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Démence/Maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Obésité (telle que consignée dans le dossier du patient ou IMC >30 kg/m ²) <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Inconnu
19.	<p>Symptômes (veuillez cocher toutes les réponses applicables, si possible, indiquer la date de d'apparition de chaque symptôme) :</p> <input type="checkbox"/> Données sur les symptômes non disponibles <input type="checkbox"/> Données sur les symptômes disponibles, asymptomatiques <input type="checkbox"/> Données sur les symptômes disponibles, veuillez sélectionner tous les symptômes qui s'appliquent :
20.	<p>Type d'IRV, veuillez cocher toutes les réponses applicables :</p> <input type="checkbox"/> Infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) uniquement ¹⁶ <input type="checkbox"/> Pneumonie avec ou sans IVRS ¹⁷

altération de la fonction respiratoire

d. d'autres troubles neurologiques associés à une altération de la fonction pulmonaire et/ou à des difficultés à manipuler les sécrétions pulmonaires

¹⁶ par exemple rhinite, pharyngite, laryngite, rhume, épiglottite

¹⁷ Doit être étayé par des preuves radiographiques

	<input type="checkbox"/> Autres infections des voies respiratoires inférieures avec ou sans IVRS ¹⁸ <input type="checkbox"/> Infection des voies respiratoires, site non spécifié ¹⁹ <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser.																				
21.	Type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Spécimen bronchique (BAL) <input type="checkbox"/> Aspirat endotrachéal (ET) <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé/aspirateur (NP) <input type="checkbox"/> Crachats (SP) <input type="checkbox"/> Prélèvement ou lavage de gorge (TS) <input type="checkbox"/> Données non-disponible																				
22.	Test : <input type="checkbox"/> DFA : anticorps fluorescent direct <input type="checkbox"/> EIA : dosage immunoenzymatique <input type="checkbox"/> M-PCR : PCR multiplex <input type="checkbox"/> PCR : réaction en chaîne de la polymérase <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Données non-disponible																				
23.	Virus(es) isolé(s) (veuillez cocher toutes les réponses applicables) : <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adénovirus yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parainfluenza yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entérovirus yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entérovirus/Rhinovirus yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rhinovirus yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> La grippe A yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> La grippe B yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Métapneumovirus yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bocavirus yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) yyyy-mm-dd</td> <td><input type="checkbox"/> Date non disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Adénovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> Parainfluenza yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> Entérovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> Entérovirus/Rhinovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> Rhinovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> La grippe A yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> La grippe B yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> Métapneumovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> Bocavirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible
<input type="checkbox"/> Adénovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> Parainfluenza yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> Entérovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> Entérovirus/Rhinovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> Rhinovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> La grippe A yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> La grippe B yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> Métapneumovirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> Bocavirus yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) yyyy-mm-dd	<input type="checkbox"/> Date non disponible																				

¹⁸ p. ex. bronchiolite, trachéite

¹⁹ incapacité d'exclure une pneumonie sur le plan clinique et radiographie pulmonaire non effectuée ou non interprétable

	<input type="checkbox"/> RSV yyyy-mm-dd <input type="checkbox"/> Date non disponible <input type="checkbox"/> Autre Cliquez ici pour préciser. <input type="checkbox"/> Date non disponible
24.	<p>Le patient a-t-il été traité avec un antiviral pour son IRV actuelle?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent et indiquer la date de début de chaque traitement</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oseltamivir (Tamiflu) aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Zanamivir (Relenza) aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Amantadine (Symmetrel) aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Peramavir aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Remdesivir aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Kaletra aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Ribavirin aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Traitement antiviral non disponible
25.	<p>Le patient recevait-il l'un des traitements spécifiques suivants pour son IRV actuelle?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent et indiquer la date de début de chaque traitement</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibuprophène aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Les bloqueurs de récepteurs d'angiotensine (par exemple, le losartan, le valsartan, etc.) aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Inhibiteurs de l'ECA (par exemple captopril, énalapril, etc.) aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu
26.	<p>Ce patient a-t-il reçu un antimicrobien pour son IRV actuel ?</p> <input type="checkbox"/> Azithromycine aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Amoxicilline/clavuline aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Cefazolin aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Ceftriaxone aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Piperacillin/Tazobactam aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Meropenem aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Vancomycine aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Doxycycline aaaa-mm-dd <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : Cliquez ici pour préciser. aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> Inconnu

27.	<p>Ce patient a-t-il reçu un corticostéroïde pour son IRV actuelle?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (<i>veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent et indiquer la date de début de chaque traitement</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Dexamethasone aaaa-mm-dd</p> <p><input type="checkbox"/> Prednisone aaaa-mm-dd</p> <p><input type="checkbox"/> Methylprednisolone aaaa-mm-dd</p> <p><input type="checkbox"/> Hydrocortisone aaaa-mm-dd</p> <p><input type="checkbox"/> Other, please specify : Click here to specify. aaaa-mm-dd</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown</p>		
28.	<p>Ce patient a-t-il eu une co-infection bactérienne?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>		
	<p>Date de la culture positive</p> <p>aaaa-mm-dd</p>	<p>Site d'infection</p> <p><input type="checkbox"/> Sang</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie</p> <p><input type="checkbox"/> Urine</p> <p><input type="checkbox"/> Site opératoire</p> <p><input type="checkbox"/> Crachats</p> <p><input type="checkbox"/> Peau/tissu mou</p> <p><input type="checkbox"/> aspiration endotrachéale</p> <p><input type="checkbox"/> Selles</p> <p>Autre Cliquez ici pour préciser.</p>	<p>Pathogènes identifiés</p> <p><input type="checkbox"/> <i>E. coli</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Klebsiella spp</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas spp</i></p> <p><input type="checkbox"/> Entérobactérie</p> <p><input type="checkbox"/> Enterococcus spp (pas ERV)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Streptococcus</i></p> <p><input type="checkbox"/> Staphylocoques à coagulase négative (CONS)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>S. aureus</i> (SASM et <i>S. aureus</i> non spécifié)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre Cliquez ici pour préciser.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>C. difficile</i>; veuillez, si possible, préciser le numéro unique attribué à ce patient pour la surveillance des ICD par le PCSIN : _____</p>

			<input type="checkbox"/> ERV, en cas d'infection du sang, si possible, veuillez préciser le numéro unique attribué à ce patient pour la surveillance des infections du sang à ERV par le PCSIN : _____ <input type="checkbox"/> SARM, en cas d'infection du sang, si possible, veuillez préciser le numéro unique attribué à ce patient pour la surveillance des infections du sang à SARM par le PCSIN : _____ <input type="checkbox"/> EPC veuillez, si possible, préciser le numéro unique attribué à ce patient pour la surveillance des EPC par le PCSIN : _____
29.	Ce patient a-t-il subi un AVC 30 jours après avoir obtenu un résultat positif?		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
30.	Ce patient a-t-il subi une embolie pulmonaire 30 jours après avoir obtenu un résultat positif?		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
31.	Ce patient a-t-il eu besoin de BiPAP ou de CPAP dans les 30 jours suivant le test positif ?		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
32.	Si OUI, nombre total de jours sur BiPAP ou CPAP: Cliquez ici pour préciser.		
	<input type="checkbox"/> Données non disponibles		
33.	Ce patient a-t-il dû subir une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant le résultat positif complication causée par l'infection à la COVID-19?		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
34.	Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant le 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		
35.	Si OUI, nombre total de jours ventilation mécanique : Cliquez ici pour préciser.		

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 annuel de jours-patients (<18 ans)	Admissions annuelles de patients (<18 ans)
Nombre annuel de jours-patients (19 à 39 ans)	Admissions annuelles de patients (19 à 39 ans)
Nombre annuel de jours-patients (40 à 59 ans)	Admissions annuelles de patients (40 à 59 ans)
Nombre annuel de jours-patients (60 à 79 ans)	Admissions annuelles de patients (60 à 79 ans)
Nombre annuel de jours-patients (80 ans et plus)	Admissions annuelles de patients (80 ans et plus)
Nombre annuel total de jours-patients	Nombre annuel total d'admissions de patients

Nombre annuel de jours-patients aux SI (<18 ans)	Admissions annuelles de patients aux SI (<18 ans)
Nombre annuel de jours-patients aux SI (19 à 39 ans)	Admissions annuelles de patients aux SI (19 à 39 ans)
Nombre annuel de jours-patients aux SI (40 à 59 ans)	Admissions annuelles de patients aux SI (40 à 59 ans)
Nombre annuel de jours-patients aux SI (60-79 ans)	Admissions annuelles de patients aux SI (60 à 79 ans)
Nombre annuel de jours-patients aux SI (80 ans et plus)	Admissions annuelles de patients aux SI (80 ans et plus)
Nombre annuel total de jours-patients aux SI	Nombre annuel total d'admissions de patients aux SI

Annexe D - Dictionnaire de données

1. Site CCEH

Il s'agit du numéro alphanumérique à **3 caractères** attribué à votre institution. Il commencera toujours par le numéro à deux chiffres attribué à votre membre du CCEH, par exemple 07, 15, et par une lettre attribuée par le membre CCEH pour cette institution spécifique, par exemple A, B, C, etc. Le numéro de site CCEH de chaque institution doit toujours être le même pour tous les projets de surveillance CCEH/PCSIN et il comportera toujours les trois chiffres alphanumériques indiqués comme numéro de site CCEH, par exemple 07A, 15A.

2. Identification unique du patient

Ce code à 10 caractères doit être composé du numéro de site CCEH à 3 caractères (par exemple 99Z), de l'année de surveillance au cours de laquelle l'infection s'est produite (par exemple 20) et d'un numéro consécutif commençant à 001 et continuant avec chaque cas supplémentaire. Un exemple du premier cas dans un établissement serait 99Z20001. Un exemple du trente-cinquième cas serait 99Z20035, et ainsi de suite.

3. Date de naissance ou âge

Veuillez indiquer la date de naissance du patient ou son âge au moment du test positif. Si vous entrez l'âge, veuillez préciser les unités d'âge (en années, mois ou jours).

4. Sexe

Cochez les cases homme, femme ou inconnu selon le cas.

5. Code postal (3 premiers caractères)

Veuillez indiquer le code postal résidentiel du patient (trois premiers caractères). Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez entrer 999 au lieu du code postal.

6. Date d'admission

Veuillez indiquer la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital. Si le patient a été hospitalisé plus d'une fois pour son IRM, veuillez inclure les données de toutes les hospitalisations sur un seul formulaire et indiquer les dates d'admission et de sortie pour toutes les hospitalisations.

7. Date de réadmission

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

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

Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours suivant un test positif => ne pas inscrire la réadmission (en ayant recours au meilleur jugement clinique).

Si un patient est réadmis 90 jours (3 mois) ou plus après la première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le NIP du premier formulaire afin que nous puissions lier les données du cas.

8. Ce patient a-t-il déjà été admis plus de trois mois avant cette admission et répondait-il à la définition de cas de COVID-19?

Veillez indiquer si ce patient a déjà obtenu un résultat positif 3 mois ou plus avant l'admission actuelle. Dans l'affirmative, veuillez préciser le numéro d'identification unique du patient reçu lors de la première admission afin que nous puissions lier les données. Des renseignements supplémentaires (p. ex., symptômes) et des échantillons viraux prélevés par écouvillonnage (pour les tests génétiques) peuvent être recueillis pour déterminer la réinfection.

9. Source d'acquisition

Classification de l'exposition pour COVID-19

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

Associé aux soins de santé - acquis dans votre établissement de courte durée (AS-VÉCD)

- Apparition des symptômes ≥ 7 jours civils²⁴ après l'admission à l'hôpital déclarant et en utilisant 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 en utilisant le meilleur jugement clinique.

Associé aux soins de santé - toute autre exposition liée aux soins de santé (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). Cela comprend également les établissements comme les maisons de santé privées ou publiques, les résidences-services ou les foyers de soins infirmiers et les CHSLD offrant divers niveaux de soins.

²⁴ 7 jours a été choisi comme seuil pour attribuer l'acquisition à l'hôpital sur la base d'une estimation actuelle d'une incubation médiane de 4 jours (IQR 2-7 jours) pour les patients hospitalisés avec COVID-19. Il s'agit d'une estimation prudente qui peut être recodée ultérieurement en fonction 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>

Associé à la Communauté

- Aucune exposition aux 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.

Classification de l'exposition pour l'IRV (à l'exclusion de COVID-19)

Pour toutes les autres IRV (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 des soins de santé et/ou de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Associé aux soins de santé - acquis dans votre établissement de courte durée (AS-VÉCD)

- Apparition des symptômes ≥ 72 heures (≥ 3 jours calendrier) 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 - toute autre exposition liée aux soins de santé (AS-Autre)

- Tout patient qui a un IRV non acquis dans votre établissement et qui est considéré comme étant associé à une autre exposition aux soins de santé (par exemple, un autre établissement de soins aigus, un établissement de soins de longue durée, un établissement ou une clinique de réadaptation, etc).

10. Si l'exposition est d'origine communautaire, veuillez préciser la source de l'exposition si elle est connue.

Si la source d'acquisition de ce patient était d'origine communautaire, veuillez, si possible, préciser la source d'exposition la plus probable à partir de la liste fournie.

11. Ce patient est-il un personnel soignant (PS)?

Veuillez indiquer si le patient est un personnel soignant (PS). Un membre du personnel soignant se définit est défini comme toute personne qui fournit des soins directs à un patient. Veuillez sélectionner "Non applicable" (N/A) selon le cas (par exemple, pour les patients pédiatriques).

12. Si ce patient fait partie du PS, au cours des 14 jours précédant son test positif, ce patient a-t-il travaillé dans l'un des milieux suivants?

Si ce patient fait partie du PS, veuillez indiquer si le patient a travaillé dans un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou un autre établissement de soins de santé dans les 14 jours précédant le test positif. Veuillez cocher toutes les réponses applicables.

13. Si ce patient fait partie du PS, de quel type de personnel soignant fait-il partie?

Si ce patient fait partie du PS, veuillez indiquer le type de personnel soignant.

14. Si ce patient est un PS, a-t-il fourni des soins directs à un ou plusieurs patients positifs au COVID-19 au cours des 14 jours précédant le test positif?

Si ce patient fait partie du personnel soignant, veuillez indiquer s'il a fourni des soins directs à un ou plusieurs patients positifs à la COVID-19 au cours des 14 jours précédant le test positif. Les soins directs aux patients sont définis comme des soins en personne avec ou sans l'utilisation d'équipement de protection individuelle.

15. Ce patient a-t-il été admis dans un établissement de soins de longue durée ou une résidence pour personnes âgées?

Veuillez indiquer si ce patient a été admis dans un établissement de soins de longue durée ou une résidence pour personnes âgées. Cela comprend les établissements comme les maisons de santé privées ou publiques, les résidences-services ou les foyers de soins infirmiers et les CHSLD offrant divers niveaux de soins. Cela exclut les foyers de groupe pour personnes ayant une déficience sur le plan du développement, des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

16. Existe-t-il des preuves de voyage à l'étranger dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes du patient ?

Veuillez indiquer si le patient a voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes. Cette question s'applique uniquement au patient et non à ses proches. Si oui, veuillez préciser le pays dans lequel il a voyagé.

17. Diagnostic primaire d'admission

Veuillez préciser la raison pour laquelle le patient a été admis à l'hôpital (par exemple, détresse respiratoire, remplacement du genou, travail, accident de voiture, douleurs thoraciques, etc.)

18. Existe-t-il des preuves que le patient souffre d'une ou plusieurs affections sous-jacentes ?

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 la patiente est atteinte d'un trouble immunodépresseur selon la définition ci-dessous, veuillez préciser. Si la patiente souffre d'autres affections qui ne figurent pas dans la liste, veuillez préciser sous "autres". L'hypertension doit être incluse dans la catégorie des maladies cardiaques chroniques.

Les maladies cardiaques chroniques peuvent comprendre : l'angine de poitrine, l'arythmie (par exemple la fibrillation auriculaire), la cardiomyopathie, un infarctus du myocarde antérieur, une insuffisance cardiaque congestive, une cardiopathie congénitale, etc.

Notez que l'hypertension ne doit PAS être incluse dans la catégorie des maladies cardiaques chroniques

Les autres immunosuppresseurs comprennent l'immunodéficiences congénitale ou acquise, la chimiothérapie, les médicaments immunosuppresseurs, les 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. d'autres troubles neurologiques associés à une altération de la fonction pulmonaire et/ou à des difficultés 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 qui ne sont pas sous 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).

19. Symptômes

Si des données sur les symptômes sont disponibles, sur le RCRSP, 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 le 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.

20. Type de maladie respiratoire virale (IRV)

Veuillez indiquer tous les types d'IRV qui s'appliquent.

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

Une pneumonie avec ou sans IVRS doit être étayée par des preuves radiographiques.

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

Infection des voies respiratoires, site non spécifié défini comme ne permettant pas d'exclure une pneumonie cliniquement et radiographie pulmonaire non effectuée ou non interprétable.

21. Virus isolés

Veuillez sélectionner tous les virus qui ont été isolés. Si d'autres virus ont été isolés, veuillez préciser. Veuillez indiquer la date à laquelle le spécimen pour le test positif a été prélevé. Veuillez indiquer la date à laquelle l'échantillon du test positif a été prélevé. Si elle est inconnue (p. ex., il a été recueilli avant l'hospitalisation), veuillez indiquer que la date n'est pas disponible.

connaissiez pas, veuillez sélectionner les données non disponibles.

22. Type d'échantillon

Veillez préciser le type d'échantillon qui a été prélevé et qui s'est avéré positif. Si vous ne le

23. Test

Veillez indiquer le test effectué pour l'échantillon qui s'est révélé positif. Si vous ne le connaissez pas, veuillez sélectionner les données non disponibles.

24. Le patient a-t-il été traité avec un antiviral pour l'IRV pour lequel il a été testé positif ?

Si le patient a été traité avec un antiviral pour l'IRV pour lequel il a été testé positif, veuillez sélectionner tous les antiviraux que le patient a reçus et si possible indiquer la date de début de chaque antiviral. Veuillez ne sélectionner que les antiviraux pour l'IRV pour laquelle ils ont été testés positifs (c'est-à-dire comme indiqué à la question 18).

Si un patient a reçu un antiviral avant le test COVID-19 positif et que celui-ci a été interrompu après le test COVID-19 positif, veuillez ne pas entrer. Par exemple, un patient a commencé à prendre du Tamiflu pour une grippe suspecte, mais après un test COVID-19 positif et un test de grippe négatif, le Tamiflu a été arrêté - veuillez ne pas l'inclure car il n'a pas reçu de Tamiflu pour le COVID-19. Veuillez ne pas inclure les antiviraux pour d'autres infections ou affections.

25. Le patient recevait-il l'un des traitements spécifiques suivants pour l'IRV pour lequel il a été testé positif ?

Si le patient a reçu l'un des traitements énumérés pour l'IRV pour lequel il a été testé positif, veuillez sélectionner tous les traitements reçus et si possible indiquer la date de début de chaque traitement. Veuillez ne pas inclure les traitements pour d'autres infections ou affections.

26. Ce patient a-t-il reçu un antimicrobien pour son IRV actuel?

Si le 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.

27. Ce patient a-t-il reçu un corticostéroïde pour son IRV actuelle?

Si le 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.

28. Ce patient a-t-il eu une infection co-infection bactérienne?

Une co-infection bactérienne est définie comme une culture positive obtenue de tout endroit infecté par un nouvel agent pathogène. Dans l'affirmative, veuillez préciser la date de la culture positive, le foyer infectieux et l'agent pathogène identifié. Si un MRA pour lequel le PCSIN effectuée de la surveillance (p. ex., CDI, infections du sang à SARM, infections du sang à ERV, EPC) a été identifié, veuillez indiquer le NIP du PCSIN afin que nous puissions lier les données des patients.

29. Ce patient a-t-il subi un AVC dans les 30 jours après avoir obtenu un résultat positif?

Veillez indiquer si ce patient a subi un AVC dans les 30 jours suivant un test positif.

30. Ce patient a-t-il subi une embolie pulmonaire dans les 30 jours après avoir obtenu un résultat positif?

Veillez indiquer si ce patient a subi une embolie pulmonaire dans les 30 jours après avoir obtenu un résultat positif.

31. Ce patient a-t-il eu besoin de BiPAP ou de CPAP dans les 30 jours suivant le test positif ?

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

32. Ventilation non invasive - nombre total de jours ventilés

Si oui à 31 et si possible, veuillez préciser le nombre total de jours ventilés.

33. Ce patient a-t-il eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant le test positif en raison d'une complication de l'infection par COVID-19 ?

Veillez indiquer si le patient a eu besoin d'une dialyse (hémodialyse ou péritonéale) ou d'une thérapie de remplacement rénal continu (CCRT) dans les 30 jours suivant le test positif en tant que complication d'une infection par COVID-19. Si le patient recevait une dialyse avant son test positif, veuillez sélectionner non.

34. Ventilation mécanique

Veillez indiquer si le patient a eu besoin d'une ventilation mécanique dans les 30 jours suivant le test positif pour son IRV.

35. Ventilation mécanique - nombre total de jours ventilés

Si oui à la question 34 et si possible, veuillez préciser le nombre total de jours de ventilation

36. Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO)

Veillez indiquer si le patient a eu besoin de l'ECMO dans les 30 jours suivant le test positif de son IRV.

37. Admission à l'USI

Veillez indiquer si le patient a dû être admis ou transféré à l'unité de soins intensifs dans les 30 jours suivant le test positif. Si oui, veuillez indiquer les dates d'admission et de sortie de l'USI ou si le patient était toujours admis à 30 jours.

38. Quel a été le résultat du patient 30 jours après le test positif ?

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

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

Si le patient est décédé dans les 30 jours suivant le test positif, veuillez indiquer si l'IRV était la cause du décès (c'est-à-dire que le patient n'avait pas d'autre affection qui aurait pu causer le décès pendant cette hospitalisation) ; l'IRV a contribué au décès (c'est-à-dire que l'IRV a exacerbé une affection existante qui a conduit au décès du patient) ; l'IRV n'était pas liée au décès ou n'a pas permis de déterminer la causalité entre l'IRV et le décès.

Historique de révisions

Date	Révisions effectuées
27 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du formulaire de rapport hebdomadaire agrégé (suppression de la liste des lignes et ajout d'un groupe d'âge plus âgé) • Ajout des symptômes au questionnaire destiné aux patients (Q13)
9 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une question pour savoir si un travailleur de la santé a fourni des soins directs à un ou plusieurs patients positifs au COVID-19 (Q7b)
20 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du questionnaire du patient <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajout de la date de réadmission ○ Le diagnostic primaire d'admission a été remplacé par un champ de texte ○ Ajout des dates d'apparition pour chacune des symptômes ○ Ajout de la collecte d'informations sur une infection bactérienne secondaire ○ Ajout dialyse requise sous impact dans les 30 jours ○ Ajout de la collecte de la date d'admission à l'USI ○ Ajout de la collecte de la date de sortie de l'USI
28 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout asymptomatique comme option de réponse sous les symptômes • Modification de la définition de cas 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
29 mai 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Pour toutes les autres IRV (c'est-à-dire pas le COVID-19), un questionnaire destiné aux patients ne doit être rempli que pour les cas liés aux soins de santé • Mise à jour de la section sur les rapports à zéro pour tenir compte des rapports à zéro pour les données hebdomadaires • Les définitions incluses dans les notes de bas de page du questionnaire ont été déplacées à l'annexe D - dictionnaire de données
11 juin 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Q10 modifiée de "établissement de soins de longue durée" à "maisons de retraite et de soins de longue durée". • Ajout d'options de réponse pour admettre le diagnostic • Ajout des conditions médicales sous-jacentes suivantes (Q13) : démence/maladie d'Alzheimer et obésité • Ajout des symptômes suivants (Q14) : frissons, hypoxie, fatigue/léthargie, manque d'appétit/perte de poids, vertiges, déshydratation et altération de l'état mental • Q15 modifiée de "type d'IRT" à "site d'infection respiratoire". • La chloroquine est retirée de la question sur les antiviraux (Q20) car elle est saisie dans la question sur les autres traitements (Q21) • Les options de réponse suivantes ont été ajoutées sous "autre traitement" (Q21) : Amoxicilline/clavuline, céfazoline, ceftriaxone, pipéracilline/tazobactam, méropénem, vancomycine et stéroïde

- Pour l'infection bactérienne secondaire Q22, ajout d'options de réponse aux pathogènes
- Suppression de la question "Impact dans les 30 jours" et création de questions distinctes pour les points suivants : ventilation non invasive, nouveaux besoins en oxygène et dialyse requise en raison de COVID-19
- Suppression de la question sur l'augmentation des réglages des ventilateurs

18 septembre 2020

- À compter de la semaine du 23 au 29 août, les nouveaux groupes d'âge sont recueillis sur le formulaire de déclaration 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.

Mise à jour de la définition de cas de COVID-19 pour préciser :

- Si le patient a reçu plusieurs résultats positifs, veuillez utiliser la date du premier test positif pour déterminer l'admissibilité.
- Tout patient qui a répondu à la définition de cas par le passé et qui est réadmis à un hôpital participant avec un cas de COVID-19 confirmé par le laboratoire identifié soit pendant sa réadmission, soit dans les 14 jours précédant sa réadmission.
- Veuillez remplir un questionnaire pour chaque admission qui se produit dans les 14 jours suivant un test positif au SRAS-CoV-2.

Les changements suivants ont été apportés au questionnaire du patient :

- Pour assurer la cohérence avec les autres projets de surveillance du PCSIN, on a ajouté les trois premiers caractères du code postal du patient.
- Ajout de « Ce patient a-t-il déjà été admis et répondait-il à la définition de cas de COVID-19? »
- Pour un diagnostic primaire d'admission, les options de réponse suivantes seront combinées dans le cas d'une maladie respiratoire aiguë : IRF, syndrome grippal, COVID-19, pneumonie, MRA.
- Ajout de « Ce patient a-t-il obtenu un résultat positif pour le SRAS-CoV-2 au cours des trois mois précédant ce résultat positif? ».
- Ajout de « si OC, veuillez préciser la source de l'exposition si disponible ».
- Le terme *travailleur de la santé* a été changé pour *personnel soignant*.
- Ajout du paramètre « milieu où le PS a travaillé dans les 14 jours précédant le test positif ».
- Ajout du « type de PS »
- Suppression de l'option de réponse *stéroïdes* de « autre traitement » et création d'une question précise sur la prise de corticostéroïdes, le type et la date.
- Ajout de la date de culture positive et du foyer infectieux à la question concernant l'infection bactérienne secondaire.

- Collecter également le NIP du PCSIN si le CDI, une infection du sang à SARM, une infection du sang à ERV et l'EPC sont identifiés chez les patients de la COVID-19.
- Ajout de « Ce patient a-t-il subi un AVC dans les 30 jours après avoir obtenu un résultat positif? ».
- Ajout de « Ce patient a-t-il subi une embolie pulmonaire dans les 30 jours après avoir obtenu un résultat positif? »
- Mise à jour de la question sur la ventilation non invasive « Ce patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique (p. ex., BiPAP, CPAP) dans les 30 jours suivant un test positif? » pour « Ce patient a-t-il eu besoin de BiPAP ou de CPAP dans les 30 jours suivant le test positif »
- Suppression de la question « Ce patient a-t-il eu besoin de nouveaux besoins en oxygène? »

20 octobre 2020

- Clarification de la définition de cas de COVID-19 : *Si le patient a reçu plusieurs résultats positifs, veuillez utiliser la date du premier test positif lié à cette admission pour déterminer l'admissibilité.*
- Remplacement de la question suivante « Ce patient a-t-il eu une infection bactérienne secondaire? » par « Ce patient a-t-il eu une co-infection bactérienne? »
- La mise à jour des critères pour indiquer que le traitement de suppléance rénale continu devrait être saisie à la Q33. Ce patient a-t-il eu besoin de dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) dans les 30 jours suivant un test positif comme complication de l'infection à la COVID-19?
- Mise à jour de la définition de foyer de soins de longue durée ou de maison de retraite pour y inclure des établissements comme les maisons de santé privées ou publiques, les résidences-services ou les foyers de soins infirmiers et les CHSLD offrant divers niveaux de soins. Cela exclut les foyers de groupe pour personnes ayant une déficience sur le plan du développement, des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.
- Dans le cas d'un diagnostic d'admission primaire si un patient positif à la COVID-19 a été admis dans un établissement de soins de longue durée ou une résidence pour personnes âgées pour des raisons non cliniques (p. ex., l'établissement ne peut pas répondre aux besoins d'isolement, manque de soutien infirmier, etc.), veuillez préciser et inclure cette information dans le champ « Autre ».
- Ajout de la définition suivante concernant la soumission de données pour les patients réadmis :
Si un patient est réadmis dans les 30 jours suivant un test positif => collecter toutes les données sur le même formulaire.
Si un patient est réadmis entre 31 et 89 jours suivant un test positif => ne pas inscrire la réadmission
Si un patient est réadmis 90 jours (3 mois) ou plus après la première admission => veuillez remplir un nouveau formulaire et indiquer le NIP du premier formulaire afin que nous puissions lier les données du cas.

7 déc 2020

- La date de réadmission (qui avait été supprimée le 28 septembre) a été ajoutée de nouveau.
 - Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il déjà été admis plus de trois mois avant cette admission et répondait-il à la définition de cas de COVID-19?
 - Clarification de la question suivante : « Le patient a-t-il été traité avec un antiviral pour son IRV actuelle? »
 - Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il reçu un antimicrobien pour son IRV actuelle? »
 - Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il reçu un corticostéroïde pour son IRV actuelle? »
 - Clarification de la question suivante : « Ce patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants pour son IRV actuelle? »
 - Si le code postal est inconnu ou non disponible, veuillez entrer 999 au lieu du code postal.
- 30 novembre 2020
- La question suivante a été ajoutée au rapport hebdomadaire : "Votre site a-t-il déclaré une nouvelle éclosion de COVID-19 pour cette semaine de rapport ? Si oui, veuillez fournir la définition d'éclosion COVID-19 de votre site
- 7 décembre
- L'hypertension a été ajoutée comme une option de réponse distincte et n'est plus collectée dans le cadre des maladies cardiaques chroniques