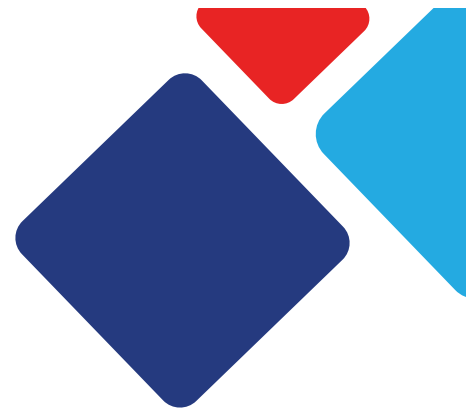




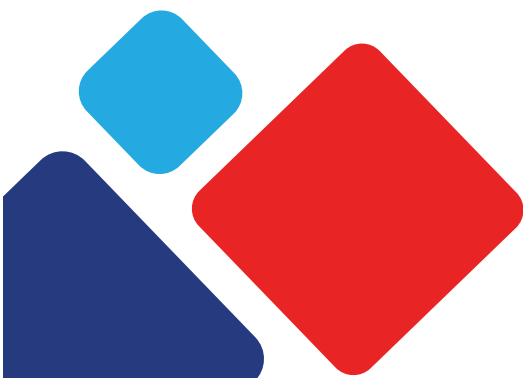
Ministère de la Santé  
et de l'Action Sociale



# ► COMMENT ANTICIPER SUR LES FORMES SÉVÈRES DE COVID-19

---

- Le comité thrombus Sénégal
- Le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital Fann  
Centre de référence COVID-19
- La Société Sénégalaise d'Anesthésie Réanimation et de médecine d'Urgence
  - La Société Sénégalaise de Cardiologie
  - La Société Sénégalaise d'Hématologie
- La Société Sénégalaise de Médecine Interne
  - La Société Sénégalaise de Pneumologie
  - La Société Sénégalaise de Néphrologie



Date de validation : **22 Juin 2020** : **Mise à jour de la fiche technique**  
en date du 11 Mai 2020

## **COMMENT ANTICIPER SUR LES FORMES SÉVÈRES DE COVID-19**

Cette fiche est endossée par les sociétés savantes suivantes :

- Le comité thrombus Sénégal
- Le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital Fann - Centre de référence COVID-19
- La Société Sénégalaise d'Anesthésie Réanimation et de médecine d'Urgence
- La Société Sénégalaise de Cardiologie
- La Société Sénégalaise d'Hématologie
- La Société Sénégalaise de Médecine Interne
- La Société Sénégalaise de Pneumologie
- La Société Sénégalaise de Néphrologie

Cette fiche technique tient compte des données scientifiques actuellement disponibles sur la pandémie liée à la COVID-19 et du consensus d'experts de sociétés savantes sénégalaises.

Une mise à jour sera faite si de nouvelles données étaient disponibles. Bien entendu, le jugement clinique et l'approche personnalisée et multidisciplinaire sont nécessaires pour adapter ces recommandations.

### **A. SUJETS SYMPTOMATIQUES**

L'infection au Sars-Cov-2 semble être dans une phase ascendante au Sénégal avec notamment l'augmentation des cas, la propagation des cas communautaires et une mortalité qui augmente. La létalité liée à l'infection au Coronavirus (nombre de décès liés à la COVID-19 sur nombre de sujets infectés) varie entre 0,5% et 10% selon les séries avec d'importantes variations liées à la population étudiée (âge, comorbidités) et du type de sujets inclus (cas symptomatiques ou non).

Malgré cette létalité relativement faible, la progression de l'épidémie pourrait engendrer une saturation des structures de soins et une lourde mortalité (nombre de personnes décédées à cause de la COVID-19), comme c'est le cas dans plusieurs pays, y compris ceux ayant d'importantes ressources médicales.

La mortalité liée à la COVID-19 peut être en rapport avec plusieurs mécanismes pouvant être intriqués :

- insuffisance respiratoire et hypoxémie,
- co-infection virale ou bactérienne,
- hyper réaction inflammatoire,
- thrombose (*thrombose veineuse, embolie pulmonaire, thrombose artérielle*),
- instabilité hémodynamique/états de choc dont les mécanismes peuvent varier (cardiogénique, hypovolémique, septique),
- atteintes multi viscérales (rein, cœur, cerveau, foie...),
- décompensation des comorbidités.

Chacun de ces mécanismes doit être pris en compte dans l'évaluation quotidienne voire pluriquotidienne des patients atteints de COVID-19.

Outre la prévention et les interventions communautaires, **il est de plus en plus urgent d'avoir des protocoles de prise en charge fondés sur une stratification du risque**. L'idéal est de contenir le nombre de formes sévères et graves qui mobilisent des ressources importantes tout en étant associées à une très forte mortalité. En effet, plus de la moitié des patients admis en unité de soins intensifs et plus de 80 % des patients sous ventilation invasive décèdent.

Les principaux indicateurs pronostiques connus à ce jour sont : l'âge, la sévérité des symptômes, la présence de comorbidités (obésité morbide, maladies cardio-vasculaires, maladie rénale chronique, diabète, cancer, bronchopneumopathie chronique obstructive ...).

Les sujets âgés de moins de 50 ans ont une létalité de moins de 1%. Ce risque est multiplié par 1,5 à 50 ans, 3 à 4 à 60 ans, 8 à 10 chez les septuagénaires et à plus de 15 chez les octogénaires. Un seuil de 60 ans paraît raisonnable au Sénégal pour les raisons suivantes : les décès enregistrés tournent autour de cette tranche d'âge qui correspond à l'espérance de vie du pays ; on note une augmentation significative de la létalité à partir de cet âge si on se fie aux données de la littérature

Si la sévérité des symptômes peut être également un élément prédictif, il est important d'avoir, même dans les formes modérées, une surveillance rapprochée qui est d'abord clinique. Celle-ci doit être complétée par des marqueurs du risque qui sont de plus en plus identifiés dans la littérature. En effet, une aggravation imprévisible est toujours possible notamment au cours des 12 premiers jours.

Les comorbidités constituent un autre paramètre essentiel à prendre en compte: ainsi par exemple, la létalité passe de 0,9% en l'absence de comorbidité à 5-12% si le patient présente une comorbidité.

En plus des données cliniques à recueillir minutieusement, de nombreux marqueurs pourraient aider à stratifier le risque : CRP, D-Dimères, TP, taux de lymphocytes, Ferritine, LDH, Troponine, BNP, NT-Pro-BNP. Il ne paraît pas raisonnable de vouloir les doser tous, surtout dans un contexte de pandémie et de rareté de ressources, d'autant que certains pourraient suffire à avoir une stratification du risque fiable.

**Un recueil et une analyse minutieux des données suivantes sont importants à cet effet.**

**1. L'âge** (à considérer comme indicateur de risque à partir de 60 ans)

**2. Le terrain et les comorbidités**

- Il s'agit (liste non exhaustive) : grossesse, tabagisme, BPCO, maladies cardio-vasculaires, maladies rénales, diabète, obésité (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), cancer, drépanocytose ou autres hémoglobinopathies, maladies de système, VIH-Sida, pathologie neuro-musculaire, pathologie hépatiques ...
- Il convient de recueillir toutes les comorbidités et d'en évaluer la sévérité, si besoin après avis d'un spécialiste, en niveaux : faible, modéré, élevé, très élevé.

**3. Eléments cliniques** (et seuil d'alerte)

- Dyspnée (présence)
- Conscience (tout trouble de la conscience)
- Fièvre ( $\geq 38^\circ$  et a fortiori  $39^\circ$ , à analyser selon le terrain et l'âge)
- Hypothermie (présence)
- Mouvement respiratoire ( $\geq 20$  cycles par minute et a fortiori  $\geq 30$  cycles par minute)
- Fréquence cardiaque ( $\geq 100$ /minute et a fortiori  $\geq 120$ /minute ; ou  $< 50$ /minute)
- SPO<sub>2</sub> ( $< 95\%$  et a fortiori  $< 90\%$ )
- Pression artérielle (pression systolique  $< 90$  mmHg ou chute de plus 25% par rapport aux chiffres de base ou différentielle pincée ou différentielle élargie)
- Estimation de la diurèse, éventuellement par l'interrogatoire (toute cassure de la diurèse ou oligurie documentée ou suspectée).

#### 4. Données paracliniques (et seuil d'alerte)

- Charge virale
- Hémogramme (hémoglobine bas, leucocytes augmentés, lymphocytes bas)
- CRP élevée et a fortiori  $\geq 40$  mg/l
- D-Dimères élevés et a fortiori  $\geq 1000$  g/l
- Urée, créatininémie (augmentée ou en ascension), baisse du DFG évalué selon la formule du MDRD
- ASAT, ALAT (élevées)
- TP (bas)
- Glycémie (hypoglycémie  $< 0,7$  g/l ou hyperglycémie  $> 1.4$  g/l)
- Gaz du sang + lactates (patients en soins intensifs : diagnostic de gravite avec PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> + lactate)

Ces analyses paracliniques doivent être réalisées à l'admission. Les modalités de leur répétition ainsi que la réalisation des autres examens paracliniques seront fonction de la gravité et du contexte clinique (radiographie du thorax, échographie, scanner, autres paramètres biologiques (Fibrinogène, Procalcitonine, Ferritinémie, Albuminémie, ionogramme sanguin, gaz du sang + lactates, Troponine, NT-proBNP), etc.. Ces paramètres devraient être disponibles dans la structure de soin.

Les données recueillies doivent faire l'objet d'une check-list permettant de ne rien omettre. Une approche multidisciplinaire est fortement encouragée dans l'analyse de ces données afin d'avoir une conduite à tenir la plus collégiale et la plus appropriée.

Tenant compte de cette évaluation, quatre (04) niveaux de risque peuvent être considérés chez les sujets symptomatiques.

## CLASSIFICATION DES DIFFÉRENTES FORMES DE L'INFECTION AU SARS-COV-2 VERSION 2 RÉACTUALISÉE

		FORMES LÉGÈRES	FORMES MODÉRÉES	FORMES SÉVÈRES	FORMES CRITIQUES
Pneumonie		absente	<b>légère à modérée</b>	<b>sévère</b>	<b>hypoxémiante</b>
FC bat / mn		Normale	Normale ou >90	>100	>100 ou < 50
Syndrome grippal		+	+	+	+
Asthénie*		+	++	++	+++
Signes respiratoires	Polypnée : FR	12-20c/mn	20-29	≥30	>30 / <10
	SPO2	>95%	95-90%	≥90%	< 90%
	Oxygéno-thérapie	Non nécessaire	<b>O2 modérée requise</b> Débit O2 < 10L/mn pour maintenir SPO2 ≥ 95	<b>O2 importante</b> Débit O2 >10-15L/mn ou VNI pour maintenir SPO2≥90%	<b>Assistance respiratoire :</b> VNI ou IOT
SDRA	PaO2/FIO2	Non indiquée	Non nécessaire	≤300mmHg ≤315mmHg	≤200mmHg
	SPO2/FIO2	Non indiquée	Non nécessaire	≤300mmHg ≤315mmHg	≤200mmHg
Imagerie pulmonaire*	TDM	Non indiquée (NI)	<b>Minime &lt;10% à Modérée 10-25%</b>	<b>Etendue 25-50%</b> ou Progression rapide des lésions en 24-48h >50% <b>Sévère 50-75%</b>	<b>Critique &gt; 75%</b>
Q-SOFA*		0	< 2	≥ 2	≥ 2
Défaillance d'organe (DO)		Absente	1 DO <b>modérée</b> (rénale, cardio-vasculaire ou hépatique)	<b>DMV*</b> = 2DO (respiratoire/IRA*/hépatique /neurologique/ cardio-vasculaire)	DMV*≥2DO et /ou <b>CIVD*</b>
Co morbidités		Absente	Présente + équilibrée	Présente + non équilibrée ou instable	Présente + non équilibrée ou instable
Syndrome inflammatoire Et	CRP	NI	élevée > 40 mg/l	élevée > 40 mg/l (et a fortiori > 100 mg/l)	>100 mg/l
	D-Dimères	NI	élevés ≥ 1 g/l	élevés ≥ 1 g/l(ou ascension rapide)	≥ 2.5 g/l (ou ascension rapide)
Trouble de la coagulation	TP	NI	70-60%	< 60%	< 60%
	Fibrinogène	NI	4-8 g/L	> 8 g/L	> 8 g/L
Hémogramme	leucocytes	NI	8-10 G/L	≥ 13 G/L	≥ 13 G/L
	lymphocytes	NI	1.5-2 G/L	≤1.5 G/L L	≤1.5 G/L
Lactate		NI	≤2 mmol/l	> 2 mmol/l	> 2 mmol/l
<b>Orientation</b>		<b>Domicile ou CTE sans O2</b>	<b>CTE avec O2 à haut débit</b>	<b>Unité de soins intensifs voir réanimation</b>	<b>Réanimation</b>
<b>Oxygénation</b>		Non indiquée	Lunette, masque facial, MHC*	MHC, optiflow*, VNI*	VNI / IOT +VM+sédation*
<b>Héparine</b>		HBPM* 0.4/j (si alité)	HBPM 0.4×2/j HBPM 0.6×2/j si >100Kg	HNF* 500 UI/Kg/j obj TCA 2-3 HBPM 0.1/kg×2/j obj antiXa	HNF 500 UI/Kg/j obj TCA 2-3 HBPM 0.1/kg×2/j obj antiXa
<b>Corticoïdes*</b>		Non indiquée	Dexaméthasone 6mg/j/10j Methylprednisolone 1mg/kg/j/10j HSHC* 100mg×3/j/10j	Dexaméthasone 6mg/j /10j Methylprednisolone 1mg/kg/j/10j HSHC* 100mg×3/j/10j	Dexaméthasone 6mg/j /10j Methylprednisolone 1mg/kg/j/10j HSHC* 100mg×3/j/10j

**Concernant les abréviations et \* du tableau : voir annexes**

## B. SUIVI DES PATIENTS EN FONCTIONS DE LA SÉVÉRITÉ DE L'INFECTION

Un interrogatoire sera fait à la recherche de comorbidités.

Constantes à prendre quotidiennement : **T°, FC, TA, FR, Diurèse, SPO2, glycémie capillaire.**

A l'examen physique journalier, s'enquérir de l'état de **conscience** du patient et de la **coloration des muqueuses et des urines.**

### 1. Formes légères :

Une évaluation clinique quotidienne est nécessaire.

Un bilan biologique à l'entrée puis aux 7<sup>ème</sup> – 8<sup>ème</sup> jours semble raisonnable, sauf en cas d'aggravation du tableau clinique.

### 2. Formes modérées : *Pneumonie légère/anomalies modérées faisant redouter une évolution vers une forme sévère*

Une évaluation clinique quotidienne est nécessaire.

Une évaluation biologique bihebdomadaire est recommandée avec une prise en charge adaptée des symptômes et facteurs aggravants identifiés.

Le traitement requiert une oxygénothérapie modérée voir à haut débit, y associer :

- l'héparinothérapie en cas d'alitement,
- la corticothérapie si aggravation du tableau en 24-48h.

### **3. Formes sévères : Pneumonie sévère avec un risque élevé de complications**

Le traitement requiert une hospitalisation en réanimation ou au moins en unités de soins intensifs pour :

- une oxygénothérapie à haut débit,
- une ventilation non invasive est souhaitable.
- Une ventilation artificielle est réalisée en cas de nécessité.

Une antibiothérapie, une corticothérapie et une héparinothérapie curative, de même que les autres mesures adaptées (rétablissement d'une bonne hémodynamique, correction d'une anémie ou d'un désordre ionique, prise en charge des comorbidités et des complications) doivent être envisagées.

L'évaluation clinique et paraclinique doit être pluriquotidienne et adaptée conformément à la situation clinique et aux décisions du staff multidisciplinaire.

### **4. Formes critiques :**

Défaillance multiviscérale : SDRA, Etat de choc, cardiaque, cérébrale, rénale, hépatique etc.

**La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)** est souvent au-devant du tableau et on peut en faire le diagnostic grâce au score édicté par la Société Internationale de la thrombose et de l'hémostase (**cf annexe 1**).

Le traitement requiert une **hospitalisation en réanimation pour une ventilation mécanique avec intubation oro-trachéale (IOT+VM)**.

**Une antibiothérapie, une corticothérapie et une héparinothérapie curative**, de même que les autres mesures adaptées (rétablissement d'une bonne hémodynamique, correction d'une anémie ou d'un désordre ionique, prise en charge des comorbidités et des complications) doivent être envisagées.

L'évaluation clinique et paraclinique doit être pluriquotidienne et adaptée conformément à la situation clinique en réanimation.



## **C. DE QUOI DOIVENT DISPOSER NOS UNITÉS DE SOINS DEVANT PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS COVID ?**

### **1. Pour toutes les structures accueillant des formes symptomatiques quelle que soit la gravité**

#### **1.1. Laboratoire de biologie fonctionnel H24**

#### **1.2. Médicaments et dispositifs pour « adresser » tous ces risques.**

- Oxygénothérapie : masque à haute concentration, oxygénation nasale à haut débit/optiflow\*, CPAP de Boussignac, pour chaque lit
- Masques de VNI
- Filtres antibactériens HEPA
- Sondes d'aspirations en système clos
- Voie veineuse centrale
- Cathéter artériel (mesure PAI)
- Antibiotiques
- Antalgiques
- Drogues d'urgences
- Vasopresseurs, Xylocaïne, amiodarone
- Anti-hypertenseurs
- Thrombolytiques : streptokinase, Alteplase
- Anticoagulants
- Solutés de perfusion : Cristalloïdes, colloïdes, albumine 20%
- Bicarbonate 1,4%
- laxatifs
- Produits de transfusion (CE, PFC, CP)
- Corticoïdes (dexaméthasone, methyprenisolone, ...)
- Kayexalate
- Insuline rapide et analogues lents
- IPP par voie orale et injectable
- Sédation, curare
- Nécessaire pour prendre en charge les symptômes courants et les comorbidités

## 2. Services de réanimation devant accueillir des formes graves/critiques

### 2.1. Médicaments et dispositifs

En plus de la liste citée plus haut, ces structures doivent disposer des éléments suivants :

- Respirateurs
- Appareil d'ECG
- Echographie (cardiaque, vasculaire, thoracique, abdomino-pelvienne)
- Appareil de gaz du sang + lactate
- Compression pneumatique intermittente
- Matelas anti-escarres
- Centre ou cabines d'hémodialyse
- Appareil de radiographie mobile
- Nutrition :
  - \*Entérale et parentérale
  - \*Oligo-éléments
  - \*Complexes vitaminés
  - \*Phosphore IV, Calcium IV, NaCl, KCl

### 2.2. Infrastructure réanimation (*pré requis pour isolement air et contact*)

- Box fermés
- Chambre à pression négative si les conditions le permettent
- Système de renouvellement et d'épuration de l'air
- Centrale d'oxygène

## D. CAS PARTICULIER DES FORMES ASYMPTOMATIQUES

Etant donné la progression de la pandémie et de l'évolution en général favorable des sujets asymptomatiques, celles-ci pourraient bénéficier d'une surveillance plus allégée basée essentiellement sur la clinique. Cette surveillance peut se faire dans une structure de soin périphérique voire sur un site extrahospitalier organisé à cet effet.

L'automesure est encouragée.

La surveillance est essentiellement clinique.

Données à recueillir :

- Age et autres données socio-démographiques
- Existence de comorbidités
- Traitement en cours
- Éléments cliniques (et seuil d'alerte) (à rechercher de façon quotidienne et pluriquotidienne, de façon systématique afin de détecter à temps des formes symptomatiques).
  - \*Conscience (tout trouble de la conscience)
  - \*Fièvre ( $\geq 38^\circ$  et a fortiori  $39^\circ$ , à analyser selon le terrain et l'âge)
  - \*Hypothermie (présence)
  - \*Mouvement respiratoire ( $\geq 20$  cycles par minute et a fortiori  $\geq 30$  cycles par minute)
  - \*Fréquence cardiaque ( $\geq 100$ /minute et a fortiori  $\geq 120$ /minute ; ou  $< 50$ /minute)
  - \*SPO2 ( $< 95\%$  par minute et a fortiori  $< 93\%$  par minute)
  - \*Pression artérielle (pression systolique  $< 90$  mmHg ou chute de plus 25% par rapport aux chiffres de base ou différentielle pincée ou différentielle élargie)
  - \*Estimation de la diurèse, éventuellement par l'interrogatoire (toute cassure de la diurèse ou oligurie documentée ou suspectée).

Aucun examen paraclinique n'est requis à titre systématique. En cas de comorbidité, un avis médical et, le cas échéant spécialisé, est demandé afin de réajuster la prise en charge.

**Annexe 1 : Diagnostic de CIVD en fonction du score édicté de la Société Internationale de la thrombose et de l'hémostase (ISTH 2001 aylor FB, Toh CH, Hoots WK, Wada H, Levi M. *Thromb Haemost* 2001; 86: 1327-30).**

## Algorithme diagnostique de CIVD proposé par l'ISTH

### 1. Evaluer le risque de CIVD :

Le patient a-t-il une pathologie susceptible d'être associée à une CIVD ?

- **Si oui : établir le score clinique à l'aide de cet algorithme ;**
- **Si non : ne pas utiliser cet algorithme**

### 2. Prescrire les tests de coagulation globaux :

Numération Plaquettaire, Temps de Quick, Fibrinogène, Monomères de Fibrine (FM) ou Produits de Dégradation de la Fibrine (PDFn).

### 3. Déterminer le score relatif au résultat de chaque paramètre de coagulation :

- **Plaquettes :**

> 100 G/L : 0 - < 100 G/L : 1 - < 50 G/L : 2

- Augmentation des taux de **marqueurs relatifs à la Fibrine** (exemple : FM, FDP)  
pas d'augmentation : 0; augmentation modérée: 2; augmentation importante: 3

- Allongement du **Temps de Quick :**

< 3 sec. = 0 - > 3 sec. < 6 sec. = 1 - > 6 sec. = 2

- Taux de **Fibrinogène :**

> 1,0 g/L = 0 - < 1,0 g/L = 1

### 4. Additionner les différents résultats

### 5. Analyser le score final :

- Si score  $\geq 5$  : compatible avec une CIVD patente. Dans ce cas, répéter les analyses quotidiennement et recalculer le score
- Si score < 5 : suggère (n'affirme pas) une CIVD latente. Dans ce cas, répéter les analyses les 1 ou 2 jours suivants et recalculer le score.

## Annexe 2 : Abréviation du tableau 1

- **Syndrome grippal** : fièvre, toux, asthénie, céphalées, myalgies, mal de gorge, congestion nasale

- **Asthénie** : fatigue physique de survenue récente lors des activités habituelles

\* + : fatigue légère permettant de réaliser les activités habituelles

\* ++ : fatigue modérée limitant la réalisation des activités habituelles

\* +++ : fatigue importante de repos avec impossibilité de réaliser les activités physiques habituelles

- **Imagerie : classification de la sévérité de l'atteinte parenchymateuse au scanner thoracique /Société Imagerie Thoracique**

<https://ebulletin.radiologie.fr/covid19>

- **Q-SOFA\*** / <https://qsofa.org/what.php>

Le score qSOFA (pour quick SOFA) est moins précis mais plus simple que le score SOFA. **Chaque item coté « oui »** est compté **un point** et la somme des **items** permet d'obtenir un score qSOFA total sur trois. Un score qSOFA  $\geq 2$  permet d'identifier un patient ayant un risque de mortalité par sepsis  $\geq 10\%$ .

- **Fréquence respiratoire  $\geq 22$**
- **Trouble des fonctions supérieures (Confusion, désorientation, GCS<15)**
- **Pression artérielle  $\leq 100$  mmHg**

- **DMV\*** = le syndrome de Défaillances multiviscérales se caractérise par la défaillance d'au moins deux organes ou systèmes physiologiques.

- **IRA\*** = **Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle (à rechercher)**

\*Clinique : diurèse conservée ( $> 500$  mL/24 h), oligo-anurique (100–500 mL/24 h) ou anurique ( $< 100$  mL/24 h).

\*Paraclinique : la clairance à la créatinine (Cl-Cr), soit estimée par la formule MDRD, soit mesurée sur le recueil des urines des 24 h (Cl-Cr = créatininurie [U]  $\times$  volume des urines des 24 h [V]/créatininémie [P]).

■ **IR si Cl-Cr  $< 80/60$  mL/min**

### - Equivalence entre les corticoïdes

1 mg de bêtaméthasone = 1.25 mg de dexaméthasone = 6.5 mg de triamcinolone ou méthylprednisolone = 8.5 mg de prednisone ou prednisolone = 35 mg d'hydrocortisone = 40 mg de cortisone.

Les valeurs de référence sont issues de la dose équivalente à 5mg P.O. de Prednisolone pour l'activité anti-inflammatoire. Ces équivalences restent en partie théoriques.

Les demi-vies des différents corticoïdes sont les suivantes :

- 8 - 12 heures : cortisone, hydrocortisone.
- 12 - 36 heures : prednisone, prednisolone, methylprednisolone, triamcinolone.
- 36 - 54 heures : bêtaméthasone, dexaméthasone.

Lunettes à oxygène		Masque simple à oxygène		Masque à Haute concentration d'oxygène	
Débit L/min	FiO2	Débit L/min	FiO2	Débit l/min	FiO2
1	24 %	5-6	40 %	8	80%
2	28 %	6-7	50 %	9	90%
3	32 %	7-8	60 %	10	100%
4	36 %				
5	40 %				
6	44 %				

**L'oxygénation au ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle/BAVU :**

\* BAVU seul =  $FiO_2$  21 % =  $FiO_2$  atmosphérique ambiante.

\*BAVU + bouteille  $O_2$  (débit à 15 litres/min) =  $FiO_2$  50 %.

\*BAVU + bouteille  $O_2$  (débit à 15 litres/min) + réserve =  $FiO_2$  100 %.



### Annexe 3 : Fiche de recueil des données du patient symptomatique

Prénom :

Nom :

Age :

Sexe :

Numéro de dossier :

**Comorbidités : Oui Non :**

- Si oui

\*préciser :

\*classer sur le tableau ci-après :

Léger	Modéré	Sévère/Très sévère
-------	--------	--------------------

**Données cliniques (mettre les données chiffrées si applicable et classer dans le**

Paramètres/ Niveau de sévérité	Léger	Modéré	Sévère	Critique
Dyspnée				
Conscience				
Température				
Mouvement respiratoire				
Fréquence cardiaque				
SPO2				
Pression artérielle				
Diurèse mesurée ou estimée				

Commentaires :

\* : Le patient est classé dans la catégorie du risque le plus élevé sur la base d'un item ou plus.



**Données paracliniques (mettre les données chiffrées si applicable et classer dans le tableau) \***

Paramètres/ Niveau de sévérité	Léger	Modéré	Sévère	Critique
Charge virale				
Hémogramme (Hémoglobine, Leucocytes, lymphocytes)				
CRP				
D-Dimères				
TP				
Glycémie				
Créatininémie/DFG				
Gaz du sang/Lactates si disponibles				
Commentaires :				

\* : Le patient est classé dans la catégorie du risque le plus élevé sur la base d'un item ou plus.

## Rédaction

- *Le comité thrombus Sénégal*
- *Le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital Fann - Centre de référence COVID-19*
- *La Société Sénégalaise d'Anesthésie Réanimation et de médecine d'Urgence*
- *La Société Sénégalaise de Cardiologie*
- *La Société Sénégalaise d'Hématologie*
- *La Société Sénégalaise de Médecine Interne*
- *La Société Sénégalaise de Pneumologie*
- *La Société Sénégalaise de Néphrologie*