

# MYOCOVID

Registre hospitalier de myocardites  
aigues : évolution de la proportion de cas  
SARS-Cov-2 positifs pendant la pandémie  
de Covid19, caractéristiques et pronostic  
des cas  
**E-CRF**

Numéro de centre : |\_|\_|\_|\_|

Numéro patient : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Initiales patient : |\_|\_|\_|\_|

Investigateur Principal	Version du document
Dr Clément Delmas (CHU Rangueil-Toulouse)	V3 du 06/04/2020

**Investigateur Principal**

- Dr Clément Delmas (CHU Rangueil –Toulouse)

## Comité Scientifique

- Dr Delmas.C, Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, CHU Toulouse Rangueil
- Pr Lairez.O, Centre d’Imagerie Cardiaque, Fédération Médicochirurgicale de Cardiologie, CHU Toulouse Rangueil
- Pr Puymirat.E, Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris
- Pr Roubille.F, Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, CHU Montpellier
- Pr Bonello.L, Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, Hôpital Nord, AP-HM, Marseille
- Dr Schurtz.G, Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, CHRU Lille
- Pr M.Galinier, Fédération Médicochirurgicale de Cardiologie, CHU Rangueil
- Dr Karsenty.C, Service de Cardiologie congénitale pédiatrique et adulte, CHU de Toulouse
- Pr Minville.V, Service d’Anesthésie-Réanimation, CHU Toulouse
- Pr Trochu.JN, Service de Cardiologie, CHU de Nantes

## ABREVIATIONS

**AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

## ARA II : Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II

## ATL : Angioplastie TransLuminale

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**BAV** : Bloc Auriculo-Ventriculaire

**BBD** : Bloc de Branche Droit

**BBG** : Bloc de Branche Gauche

**BNP** : Peptide Natriurétique de type B (Brain Natriurétic Peptide)

**CD** : artère Coronaire Droite

**CPK** : Créatine PhosphoKinase **CRP** : C-Réactive Protéine

**Cx** : artère Circonflexe

## DAI : Défibrillateur Automatique Implantable

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DTD** : Diamètre TélédIastolique

**DTS** : Diamètre TéléSystolique

**ECMO** : Oxygénation par Membrane ExtraCorporelle (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation)

**FA** : Fibrillation Auriculaire

**FEVG** : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche

**FV** : Fibrillation Ventriculaire

### HHV6 : Herpès Virus Humain type 6 (Human HerpesVirus 6)

## HTA : HyperTension Artérielle

## IA : Insuffisance Aortique

**IDM** : Infarctus Du Myocarde

## IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

**IM** : Insuffisance Mitrale

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**IT : Insuffisance Tricuspid**

**ITV : Intégrale Temps Vitesse**

**IVA** : artère InterVentriculaire Antérieur

### NT-pro-BNP : précurseur du BNP

**PAC** : Pontage Aorto-Coronarien

**PAD** : Pression Artérielle Diastolique

**PAS** : Pression Artérielle Systolique

**RA** : Rétrécissement Aortique

**RM** : Rétrécissement Mitral

**SC** : Surface Corporelle

**SIV** : Septum InterVentriculaire

**TC** : Tronc Commun

## Troponine US : Troponine UltraSensible

**TV** : Tachycardie Ventriculaire

**VD** : Ventricule Droit

**VG** : Ventricule Gauche

**CRITERES D'INCLUSION**

1. Le patient a été informé et accepte de participer à l'étude ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, date d'information du patient : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

2. Patient apte à consentir ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

a. Age ≥ 18 ans ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

b. Patient mineur dont le majeur responsable a été informé et a signé le consentement ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

c. Patient sous curatelle / tutelle dont le majeur responsable a été informé et a signé le consentement ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

3. Patient pris en charge enUSIC ou service de réanimation (polyvalente, chirurgicale ou médicale) dans l'un des centres participants, pour un tableau de myocardite aiguë ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

(Les patients éligibles doivent avoir une élévation de la troponine I supérieure à la valeur seuil pathologique du laboratoire de Biochimie, associée à au moins un des 3 critères suivants : (1) douleur thoracique prolongée >10 minutes, (2) contexte infectieux récent <7 jours, (3) sujet jeune et/ou absence de facteur de risque cardiovasculaire et/ou absence de lésion coronaire significative à la coronarographie diagnostique.)

4. Patient ayant bénéficié d'une IRM cardiaque qui a conclu au diagnostic de myocardite aiguë selon les critères de Lake Louise ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

(Il y a une myocardite quand au moins deux des critères suivants sont réunis : hypersignal T2; ratio signal myocarde / muscle périphérique après injection de Gadolinium > 2,3 ; prise de contraste après injection de chélate de Gadolinium en ciné-SSFP ; hypersignal en rehaussement tardif. Ces anomalies sont segmentaires, de topographie typiquement sous-épicaire. L'analyse est faite sur les 17 segments du ventricule gauche.)

a. Si IRM non réalisée ou non réalisable, un TDM cardiaque confirme le diagnostic de myocardique ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

b. Si IRM et TDM non réalisés ou réalisables, une biopsie myocardique confirme le diagnostic de myocardite ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

*Si une ou plusieurs cases « NON » est/sont cochée(s), le patient n'est pas éligible à l'inclusion dans l'étude.*

**CRITERES DE NON INCLUSION**

1. Patient refusant de participer ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

*Si une ou plusieurs cases « OUI » est/sont cochée(s), le patient n'est pas éligible à l'inclusion dans l'étude.*

## VISITE V0 (Inclusion)

Date d'inclusion : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/20|\_\_|\_\_|

Date de signature du consentement éclairé : |\_|\_|/|\_|\_|/20|\_|\_|

## DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Sexe : ☐<sub>1</sub> Homme ☐<sub>2</sub> Femme

Date de naissance : |\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| (MM/AAAA)

**ANTECEDENTS ET FACTEURS DE RISQUE****Facteurs de risque cardiovasculaire**Tabac ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non➤ Si Oui, sevré ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonHTA ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonDiabète ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonHypercholestérolémie ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non**Antécédents personnels**Antécédent de Myocardite aiguë : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, date de l'épisode précédent : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Antécédent familial de Myocardite aiguë : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np➤ Si Oui, degré de parenté : ☐<sub>1</sub> Parent ☐<sub>2</sub> Enfant ☐<sub>3</sub> Frère/SœurCardiopathie ischémique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, préciser :

IDM : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser la date : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

ATL : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser la date : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

PAC : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser la date : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Cardiopathie non ischémique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, préciser :

Dilatée : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser la date du diagnostic : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Hypertrophique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser la date du diagnostic: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Restrictive : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui , préciser la date du diagnostic: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser.....

Valvulopathie : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

RA : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

IA : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

RM : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

IM : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

IT : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui préciser.....

Trouble du rythme supra-ventriculaire : ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>1</sub> FA ☐<sub>2</sub> Flutter ☐<sub>9</sub> Np

Trouble du rythme ventriculaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Antécédent de pathologie inflammatoire ou dysimmunitaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, type :

• Lupus : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

• Sclérodermie : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

• Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Autre antécédent : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser.....



**DONNEES CLINIQUES A L'ADMISSION****Examen Clinique**

Poids : |\_|\_|\_|\_| Kg

Taille : |\_|\_|\_|\_| cm

PAS : |\_|\_|\_|\_| mmHg

PAM : |\_|\_|\_|\_| mmHg

PAD : |\_|\_|\_|\_| mmHg

Classe NYHA ☐<sub>1</sub> I ☐<sub>2</sub> II ☐<sub>3</sub> III ☐<sub>4</sub> IVSignes d'insuffisance cardiaque droite (reflux hépatojugulaire, oedèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, hépatalgie) : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonSignes d'insuffisance cardiaque gauche (crépitations déclives) : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non**Présentation clinique**Asymptomatique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonDouleur thoracique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonDyspnée : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonPalpitations : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonSyncope : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAsthénie : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonInsuffisance cardiaque : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non➤ Si Oui, stade Killip  $\geq 3$  : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonEtat de choc cardiogénique (PAS  $\leq 90$  mmHg + malperfusion d'organe) : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonTrouble du rythme ventriculaire : ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>1</sub> TV ☐<sub>2</sub> FVTrouble de conduction : ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>1</sub> BAV 1 ☐<sub>2</sub> BAV 2 ☐<sub>3</sub> BAV 3Syndrome infectieux clinique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAutre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

## DONNEES PARACLINIQUES A L'ADMISSION

## ECG

Fréquence cardiaque : |\_\_|\_\_|\_\_| bpm

Rythme : ☐ Sinusal    ☐ FA/Flutter    ☐ Electro-entraîné

➤ Si Sinusal ou FA/Flutter préciser :

○ Sus-décalage significatif du segment ST : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antéro-latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur étendu : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inféro-latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Postérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

○ Sus-décalage significatif du segment ST : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antéro-latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur étendu : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inféro-latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Postérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

- Ondes T négatives : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antéro-latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur étendu : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inféro-latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Postérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

- ☐ Ondes Q de nécrose : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- ☐ Sous-décalage du segment PQ : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- ☐ BAV : ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>1</sub> I ☐<sub>2</sub> II ☐<sub>3</sub> III
- ☐ Bloc de branche : ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>1</sub> BBG ☐<sub>2</sub> BBD
- ☐ Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

## Biologie initiale

Troponine : |\_|\_|\_|\_|, |\_| ng/ml ou Troponine US : |\_|\_|\_|\_|, |\_| ng/ml

Elévation CPK : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, préciser le taux : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, |\_| µg/l

Hémoglobine : |\_|\_|\_|\_|, |\_| g/dl

Plaquettes : |\_|\_|\_|\_| 10<sup>9</sup>/L

Globules blancs : |\_|\_|\_|\_|, |\_| 10<sup>9</sup>/L

Neutrophiles : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| g/dl

CRP : |\_|\_|\_|\_| mg/L

TGO : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/L

TGP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/L

Créatininémie : |\_|\_|\_|\_| µmol/L

BNP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/l ou Nt-pro-BNP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/l

## BILAN CARDIOLOGIQUE ETIOLOGIQUE

## ECHOGRAPHIE CARDIAQUE initiale

Date de l'échographie initiale : |\_|\_|/|\_|\_|/20|\_|\_|

### Ventricule Gauche :

DTD : | | | mm

DTS : | | | | mm

SIV : | | | | mm

Paroi postérieure : |\_\_|\_\_|\_\_| mm

FEVG | | | %

ITV sous aortique : |\_\_|\_\_| , |\_\_| cm

Trouble de la cinétique segmentaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, territoire :

- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Apical : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- VD : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Flux mitral

Pic E : |\_\_|\_\_|\_\_,|\_\_| cm/sec

Pic A : |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_| cm/sec

S' tissulaire mitral lat : |\_\_|\_\_|,|\_\_| cm/sec

TAPSE : |\_\_|\_\_|,|\_\_| mm

S' tricuspid anneau latéral |\_\_|\_\_|,|\_\_| cm/s

Pression artérielle pulmonaire systolique : |\_|\_|\_| mmHg

Epanchement péricardique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

**CORONAROGRAPHIE**Coronarographie réalisée : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Date coronarographie : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Lésions coronaires (lésion la plus sévère) : ☐<sub>1</sub> Absence  
☐<sub>2</sub> Athérome NS  
☐<sub>3</sub> 50-70 %  
☐<sub>4</sub> 71-99 %  
☐<sub>5</sub> Occlusion

➤ Si lésions coronaires &gt; 50%, artère(s) atteinte(s) :

TC : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonCx : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonIVA : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonCD : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAutre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

**COROSCANNER**Coroscanner réalisé : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Date coroscanner : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Lésions coronaires (lésion la plus sévère) : ☐<sub>1</sub> Absence  
☐<sub>2</sub> Athérome NS  
☐<sub>3</sub> 50-70 %  
☐<sub>4</sub> 71-99 %  
☐<sub>5</sub> Occlusion

➤ Si lésions coronaires &gt; 50%, artère(s) atteinte(s) :

TC : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonCx : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonIVA : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonCD : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAutre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

**BIOPSIE ENDOMYOCARDIQUE**Biopsie endomyocardique réalisée : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Date de la biopsie : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Localisation biopsie : ☐<sub>1</sub> VD ☐<sub>2</sub> VGVirus identifié : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non➤ Si Oui, préciser : ☐<sub>1</sub> HHV6☐<sub>2</sub> Parvovirus B19☐<sub>3</sub> Adénovirus☐<sub>4</sub> Epstein-Barr Virus (EBV)☐<sub>5</sub> Entérovirus☐<sub>6</sub> Grippe H1N1☐<sub>7</sub> Autre Grippe☐<sub>8</sub> SARS-Cov-2☐<sub>9</sub> Autre

➤ Si Autre, préciser.....

Diagnostic confirmé de myocardite aiguë : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonComplication de la biopsie : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Epanchement péricardique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonTamponnade : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonTrouble du rythme ventriculaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonInsuffisance valvulaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonBiopsie coronaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAutre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

**IRM CARDIAQUE Initiale**IRM cardiaque réalisée : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Date de IRM Cardiaque : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Trouble de la cinétique segmentaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, territoire :

- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

FEVG : |\_|\_|\_|\_|%

Masse VG : |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| g

Masse VG indexée : |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| g/m<sup>2</sup>

Volume télédiastolique : |\_|\_|\_|\_| ml

Volume télédiastolique indexé : |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| ml/m<sup>2</sup>

Volume télésystolique : |\_|\_|\_|\_| ml

Volume télésystolique indexé : |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| ml/m<sup>2</sup>

Ventricule Droit

FEVD : |\_|\_|\_|\_| % ☐<sub>9</sub> NpŒdème myocardique en séquence T2 : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, préciser :

Nombre de segments concernés : |\_|\_|\_| Segments / 17

Localisation :

- Sous-épicaudique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Médio-mural : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Transmurale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Prise de contraste précoce : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non ☐\_9 Np

➤ Si Oui, préciser :

Nombre de segments concernés : |\_\_|\_\_| Segments / 17

Localisation :

- Sous-épique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Médio-mural : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Transmurale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieure : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latérale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieure : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Réhaussement tardif :  $\square_1$  Oui       $\square_0$  Non       $\square_9$  Np

➤ Si Oui, préciser :

Nombre de segments concernés : |\_\_|\_\_| Segments / 17

Localisation :

- Sous-épique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Médio-mural : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Transmurale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieure : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latérale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieure : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Epanchement péricardique : ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>0</sub> Non      ☐<sub>9</sub> Np



**BILAN ETIOLOGIQUE DE LA MYOCARDITE AIGUE**Hémocultures réalisées : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non➤ Si Oui, résultats : ☐\_1 Positif ☐\_0 Négatif

➤ Si Positif, préciser le germe : .....

PCR Covid19 réalisée : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser :

Date du test : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Site de réalisation :

- Sang : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Nasopharynx : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- AT : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- LBA : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Autre : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser : .....

Résultats : ☐\_1 Positif ☐\_0 NégatifRéalisation TDM thoracique de recherche Covid + ? ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser :

Date de réalisation : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

En faveur Covid+ : ☐\_1 Oui ☐\_0 NonSérologie bactériennes sanguines réalisées : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser :

Sérologie Syphilis : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie Lyme : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie Mycoplasma pneumoniae : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie Chlamydia pneumoniae : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie Fièvre Q : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

Sérologie sanguine autre, préciser : .....

Sérologies virales sanguines réalisées : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser :

Sérologie HIV : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie HBV : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie HCV : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie HBV : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie EBV : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 NpSérologie CMV : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

Sérologie sanguine autre, préciser : .....

PCR virales respiratoires réalisées : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser :

PCR grippe : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR VRS : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR rhinovirus : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR Adénovirus : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR entérovirus : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR EBV : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR respiratoire autre, préciser : .....

PCR virales sanguines réalisées : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser :

PCR grippe : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR enterovirus : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR HHV 6 : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR HHV8 : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR Adénovirus : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR Parvovirus B19 : ☐\_1 Positive ☐\_0 Négative ☐\_9 Np

PCR sanguine autre, préciser : .....

Dosage complément sanguin réalisé : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, résultats : ☐\_1 Normal ☐\_0 Anormal

Dosage des ACAN réalisé : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, résultats : ☐\_1 Normal ☐\_0 Anormal

Dosage des ANCA réalisé : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, résultats : ☐\_1 Normal ☐\_0 Anormal

**Diagnostic étiologique final de la MYOCARDITE retenu par l'équipe en charge du patient**Myocardite infectieuse : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

- Myocardite virale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

- ☐<sub>1</sub> Myocardite à Adénovirus
- ☐<sub>2</sub> Myocardite à Entérovirus (coxsackie virus)
- ☐<sub>3</sub> Myocardites à Herpes virus (HSV, HHV6, EBV,...)
- ☐<sub>4</sub> Myocardite Parvovirus B19
- ☐<sub>5</sub> Myocardite Grippe
- ☐<sub>6</sub> Myocardite Covid 19
- ☐<sub>7</sub> Autre Myocardite virale

➤ Si Autre Myocardite virale préciser : .....

- Myocardite bactérienne : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Myocardite fongique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Myocardite parasitaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui préciser : .....

Myocardite immunologique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

- Churg et Strauss : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Lupus : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Sclérodermie : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Dermatopolymyosite : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Myocardite à éosinophiles : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Myocardite à cellules géantes : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

Myocardite toxique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

- Médicamenteuse : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui préciser : .....

Myocardite idiopathique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAutre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

## BIOLOGIE NON SPECIFIQUE INTRA-HOSPITALIERE

Pic de Troponine : |\_|\_|\_|\_|\_|,|\_| ng/ml □<sub>9</sub>Np ou Pic de Troponine US : |\_|\_|\_|\_|\_|,|\_| ng/ml □<sub>9</sub>Np

Pic de CRP : |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_| mg/L    ☐\_9 Np

Pic de Globules Blancs : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| 10.6/L      ☐<sub>9</sub> Np

Pic de Neutrophiles : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| 10.6/L     $\square_9$  Np

Pic de créatinine : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| micromol/L    ☐<sub>9</sub> Np

Pic de TGO : |\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/L      □<sub>9</sub> Np

Pic de TGP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| UI/L      □<sub>9</sub> Np

Pic de bilirubine totale : |\_|\_|\_|\_| mg/L    ☐<sub>9</sub> Np

Pic de NtproBNP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|,|\_| pg/ml □<sub>9</sub> Np ou Pic de BNP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|,|\_| pg/ml □<sub>9</sub> Np

**TRAITEMENT INTRA-HOSPITALIER**Bêtabloquants : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

IEC/ARA II : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Diurétique de l'anse : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAntagonistes de l'aldostérone : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAspirine/AINS : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Colchicine : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Corticoïdes : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La dose max journalière : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| mg

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Le nombre de jours : |\_|\_|\_|\_| jours

Immunosuppresseurs : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Le nombre de jours total : |\_|\_|\_|\_| jours

Anti-viral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser le nombre : |\_|\_|

La DCI : .....

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Le nombre de jours total : |\_|\_|\_|\_| jours

La DCI : .....

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Le nombre de jours total : |\_|\_|\_|\_| jours

La DCI : .....

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Le nombre de jours total : |\_|\_|\_|\_| jours

La DCI : .....

La date de début : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Le nombre de jours total : |\_|\_|\_|\_| jours

Inotropes positifs IVSE : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La date de début : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

Le nombre de jours total : |\_|\_|\_|\_|\_| jours

Vasopresseurs IVSE : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La date de début : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

Le nombre de jours total : |\_|\_|\_|\_|\_| jours

Assistance circulatoire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Le type : ☐<sub>1</sub> CPIA

☐<sub>2</sub> Impella percutanée

☐<sub>3</sub> Impella chirurgicale

☐<sub>4</sub> ECMO

☐<sub>5</sub> Autre

La date de début : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

Le nombre de jours de support total : |\_|\_|\_|\_|\_| jours

Assistance respiratoire non-invasive : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Le type :

• Optiflow : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

• CPAP : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

• VNI : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

• Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

La date de début : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

Le nombre de jours au total de ventilation non invasive : |\_|\_|\_|\_|\_| jours

Assistance respiratoire invasive : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La date d'intubation : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

Le nombre de jours au total de ventilation non invasive : |\_|\_|\_|\_|\_| jours

Sonde d'entraînement électrosystolique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Implantation d'un pacemaker : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Implantation d'un DAI : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Mise en place assistance cardiaque chronique type LVAD : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser la date : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

Mise en place assistance cardiaque chronique de type cœur artificiel total ou BiVAD

➤ Si Oui, préciser la date : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

**COMPLICATIONS INTRA-HOSPITALIERES**Décès : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non*Si Oui merci de compléter le formulaire "Décès"*Troubles conductifs paroxystiques ou soutenus : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

BAV complet : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonDysfonction sinusale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonTroubles du rythme ventriculaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Le type : ☐<sub>1</sub> FV ☐<sub>2</sub> TV

La date du premier épisode : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Troubles du rythme supraventriculaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonLe type : ☐<sub>1</sub> FA ☐<sub>2</sub> Flutter

La date du premier épisode : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

AVC : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

AVC ischémique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAVC hémorragique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonSyndrome de détresse respiratoire aigüe de l'Adulte (SDRA): ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La date du début : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Ayant nécessité :

Ventilation invasive : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonCurarisation : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonSéance(s) de décubitus ventral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAssistance respiratoire externe par ECMO VV : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonInsuffisance rénale aiguë : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non➤ Si Oui, préciser ayant recours à de l'épuration extra-rénale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonChoc cardiogénique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Ayant recours à des thérapeutiques spécifiques : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

De quel(s) type(s) :

• Inotropes IVSE : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non• Vasopresseurs IVSE : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non• Assistance cardiocirculatoire type ECMO, Impella, CPIA,... : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non• Inscription sur liste de transplantation cardiaque : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non• Autre : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser : .....

## SUIVI DE SORTIE D'HOSPITALISATION (réalisé +/- 24h de la sortie)

Date de sortie de l'hôpital : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Durée totale d'hospitalisation en réanimation / USIC : |\_|\_|\_|\_| jours

Mode de sortie : ☐<sub>1</sub> Domicile ☐<sub>2</sub> Transfert vers un autre centre ☐<sub>3</sub> Centre de convalescence

➤ Si Transfert vers un autre centre ou Transfert vers un centre de convalescence, préciser le lieu :

.....

## DONNEES CLINIQUES DE SORTIE HOSPITALIERE

Statut NYHA : ☐<sub>1</sub> Stade 1 ☐<sub>2</sub> Stade 2 ☐<sub>3</sub> Stade 3 ☐<sub>4</sub> Stade 4

PAS : |\_|\_|\_|\_| mmHg

PAM : |\_|\_|\_|\_| mmHg

PAD : |\_|\_|\_|\_| mmHg

FC : |\_|\_|\_|\_| bpm

Rythme : ☐<sub>1</sub> Sinusal ☐<sub>2</sub> Arythmie supraventriculaire ☐<sub>3</sub> Electrostimulé ☐<sub>4</sub> Autre

Signes d'insuffisance cardiaque droite (reflux hépatojugulaire, oedèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, hépatalgie) : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Signes d'insuffisance cardiaque gauche (crépitations déclives) : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

## DONNEES BIOLOGIQUES DE SORTIE HOSPITALIERE

NtproBNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| pg/ml ☐<sub>9</sub> Np Ou BNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| pg/ml ☐<sub>9</sub> Np

CRP |\_|\_|\_|\_|\_| mg/L ☐<sub>9</sub> Np



**TRAITEMENT MEDICAL DE SORTIE**Bêtabloquants : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

Posologie : |\_|\_|\_|\_|\_| mg/jour

IEC/ARA II : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

Posologie : |\_|\_|\_|\_|\_| mg/jour

Diurétique de l'anse : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAntagonistes de l'aldostérone : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAspirine/AINS : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonColchicine : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonCorticoïdes : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Posologie : |\_|\_|\_|\_|\_| mg/jour

Immunosupresseurs : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

### SUIVI J30 (Suivi téléphonique ou patient toujours hospitalisé)

Date de suivi : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/20|\_\_|\_\_|

Décès : ☐<sub>1</sub>Oui ☐<sub>0</sub>Non *Si Oui merci de compléter le formulaire "Décès"*

Arrêt cardiorespiratoire oui/non

, si oui date

Choc cardiogénique oui/non

, si oui date

Oedème aigu du poumon oui/non

, si oui date



CRP |\_|\_|\_|\_| mg/L      □<sub>9</sub> Np

**TRAITEMENT MEDICAL DE SUIVI 1 AN**Bêtabloquants : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

Posologie : |\_|\_|\_|\_|\_| mg/jour

IEC/ARA II : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

Posologie : |\_|\_|\_|\_|\_| mg/jour

Diurétique de l'anse : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAntagonistes de l'aldostérone : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonAspirine/AINS : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonColchicine : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> NonCorticoïdes : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

Posologie : |\_|\_|\_|\_|\_| mg/jour

Immunosupresseurs : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La DCI : .....

**ECHOGRAPHIE CARDIAQUE DE SUIVI A 1 AN**Echographie cardiaque réalisée : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser la date de l'échographie : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

Ventricule Gauche :

DTD : |\_|\_|\_|\_| mm

DTS : |\_|\_|\_|\_| mm

SIV : |\_|\_|\_|\_| mm

Paroi postérieure : |\_|\_|\_|\_| mm

FEVG |\_|\_|\_|\_| %

ITV sous aortique : |\_|\_|\_| , |\_|\_| cm

Trouble de la cinétique segmentaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, territoire :

- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Apical : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- VD : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Flux mitral

Pic E : |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| cm/sec

Pic A : |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| cm/sec

S' tissulaire à l'anneau : |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| cm/sec

TAPSE : |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| mm

S' tricuspidé anneau latéral |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| cm/s

Pression artérielle pulmonaire systolique : |\_|\_|\_|\_| mmHg

Epanchement péricardique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non**IRM CARDIAQUE DE SUIVI REALISEE ENTRE 3 MOIS ET 1 AN**IRM cardiaque réalisée entre 3 et 13 mois post-myocardite initiale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

➤ Si Oui, préciser :

La date de l'IRM : |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|

**IRM CARDIAQUE DE SUIVI**Trouble de la cinétique segmentaire : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, territoire :

- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

FEVG : |\_|\_|\_|\_|%

Masse VG : |\_|\_|\_|\_|, |\_| g

Masse VG indexée : |\_|\_|\_|\_|, |\_| g/m<sup>2</sup>

Volume télédiastolique : |\_|\_|\_|\_| ml

Volume télédiastolique indexé : |\_|\_|\_|\_|, |\_| ml/m<sup>2</sup>

Volume télésystolique : |\_|\_|\_|\_| ml

Volume télésystolique indexé : |\_|\_|\_|\_|, |\_| ml/m<sup>2</sup>

Ventricule Droit

FEVD : |\_|\_|\_|\_| % ☐<sub>9</sub> NpŒdème myocardique en séquence T2 : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, préciser :

Nombre de segments concernés : |\_|\_| Segments / 17

Localisation :

- Sous-épiqueurique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Médio-mural : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Transmurale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Prise de contraste précoce : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, préciser :

Nombre de segments concernés : |\_|\_| Segments / 17

Localisation :

- Sous-épiqueurique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Médio-mural : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Transmurale : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Réhaussement tardif : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np

➤ Si Oui, préciser :

Nombre de segments concernés : |\_|\_| Segments / 17

Localisation :

- Sous-épicaardique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Médio-mural : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Transmural : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Antérieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Septal : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Latéral : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non
- Inférieur : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Epanchement péricardique : ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non ☐<sub>9</sub> Np



**FICHE EVENEMENTS DECES**

Date du décès : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/20|\_|\_|\_|\_|

Cause du décès : ☐\_1 Cardiovasculaire ☐\_2 Non cardiovasculaire

## ➤ Si Cardiovasculaire, préciser :

- Insuffisance cardiaque terminale : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- OAP : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Choc cardiogénique : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- SCA : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Mort subite/Trouble du rythme ventriculaire Embolie pulmonaire : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Dissection aortique Endocardite infectieuse AVC : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Autre : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser : .....

## ➤ Si Non Cardiovasculaire, préciser :

- SDRA : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Choc septique d'origine non cardiaque : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Cancer : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Accident de la voie publique : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Insuffisance respiratoire terminale : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Insuffisance : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Insuffisance rénale terminale : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non
- Autre : ☐\_1 Oui ☐\_0 Non

➤ Si Oui, préciser : .....



**FICHE DE FIN D'ETUDE ou D'ARRET ANTICIPE**

Date de fin d'étude ou d'arrêt anticipé (dernier contact avec le patient) : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/20|\_\_|\_\_|

Le patient a-t-il terminé l'essai conformément au protocole ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>0</sub> Non

Si « non » est coché, précisez le motif d'arrêt prématuré :

- ☐<sub>1</sub> Refus de poursuivre du patient<sup>1</sup>
- ☐<sub>2</sub> Retrait de consentement<sup>1</sup>
- ☐<sub>3</sub> Patient perdu de vue
- ☐<sub>4</sub> Violation au protocole
- ☐<sub>5</sub> Autre (à spécifier) : .....

<sup>1</sup> *Sauf mention expresse et écrite du patient, les données du patient recueillies jusqu'à la date du retrait de consentement ou de sortie d'étude pourront être exploitées. De même les échantillons collectés jusqu'à la date du retrait de consentement pourront être conservés et analysés si le patient avait donné préalablement son consentement.*