

# 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 : I\_I\_I

Numéro patient : I\_I\_I\_I\_I

Initiales patient : I\_I\_I

| 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 Natriuretic 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** : Oxygénéation 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 Tricuspidé

**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 : I\_ \_ \_ \_ / I\_ \_ \_ \_ / I\_ \_ \_ \_
2. Patient apte à consentir  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Age  $\geq$  18 ans  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
  - Patient mineur dont le majeur responsable a été informé et a signé le consentement  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
  - 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 en USIC ou service de réanimation (polyvalente, chirurgicale ou médicale) dans l'un des centres participants, pour un tableau de myocardite aigüe  <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-épicardique. L'analyse est faite sur les 17 segments du ventricule gauche.)
- Si IRM non réalisée ou non réalisable, un TDM cardiaque confirme le diagnostic de myocardite  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
  - 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  Oui  Non➤ Si Oui, sevré ?  Oui  NonHTA  Oui  NonDiabète  Oui  NonHypercholestérolémie  Oui  Non**Antécédents personnels**Antécédent de Myocardite aiguë :  Oui  Non

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

Antécédent familial de Myocardite aiguë :  Oui  Non  Np➤ Si Oui, degré de parenté :  Parent  Enfant  Frère/SœurCardiopathie ischémique :  Oui  Non  Np

➤ Si Oui, préciser :

IDM :  Oui  Non

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

ATL :  Oui  Non

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

PAC :  Oui  Non

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

Cardiopathie non ischémique :  Oui  Non  Np

➤ Si Oui, préciser :

Dilatée :  Oui  Non

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

Hypertrophique :  Oui  Non

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

Restrictive :  Oui  Non

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

Autre :  Oui  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       I       II       III       IVSignes d'insuffisance cardiaque droite (reflux hépatojugulaire, oedèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, hépatalgie) :       Oui     NonSignes d'insuffisance cardiaque gauche (crépitants déclives) :     Oui     Non**Présentation clinique**Asymptomatique :  Oui     NonDouleur thoracique :  Oui     NonDyspnée :  Oui     NonPalpitations :  Oui     NonSyncope :  Oui     NonAsthénie :  Oui     NonInsuffisance cardiaque :  Oui     Non➤ Si Oui, stade Killip ≥ 3 :  Oui     NonEtat de choc cardiogénique (PAS ≤ 90 mmHg + malperfusion d'organe) :  Oui     NonTrouble du rythme ventriculaire :  Non     TV     FVTrouble de conduction :  Non     BAV 1     BAV 2     BAV 3Syndrome infectieux clinique :  Oui     NonAutre :  Oui     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 :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

- Antérieur :  Oui  Non
- Antéro-latéral :  Oui  Non
- Antérieur étendu :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non
- Inféro-latéral :  Oui  Non
- Postérieur :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non

- Sus-décalage significatif du segment ST :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

- Antérieur :  Oui  Non
- Antéro-latéral :  Oui  Non
- Antérieur étendu :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non
- Inféro-latéral :  Oui  Non
- Postérieur :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non

- Ondes T négatives :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

- Antérieur :  Oui  Non
- Antéro-latéral :  Oui  Non
- Antérieur étendu :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non
- Inféro-latéral :  Oui  Non
- Postérieur :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non

- Ondes Q de nécrose :  Oui  Non
- Sous-décalage du segment PQ :  Oui  Non
- BAV :  Non  I  II  III
- Bloc de branche :  Non  BBG  BBD
- Autre :  Oui  Non
  - Si Oui, préciser : .....

## Biologie initiale

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

Elévation CPK :  Oui  Non  Np

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

Hémoglobine : |\_\_\_\_|, |\_\_| g/dl

Plaquettes : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  $10^9/L$

Globules blancs : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|, |\_\_|  $10^9/L$

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

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

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

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

Créatininémie : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  $\mu\text{mol}/L$

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 :  Oui  Non

➤ Si Oui, territoire :

- Inférieur :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non
- Antérieur :  Oui  Non
- Apical :  Oui  Non
- VD :  Oui  Non

Flux mitral

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

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

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

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

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

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

Epanchement péricardique :  Oui  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 > 50%, artère(s) atteinte(s) :

TC : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

Cx : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

IVA : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

CD : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

Autre : <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 > 50%, artère(s) atteinte(s) :

TC : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

Cx : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

IVA : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

CD : <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

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

➤ Si Oui, préciser : .....

**BIOPSIE ENDOMYOCARDIQUE**

Biopsie endomyocardique réalisée :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

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

Localisation biopsie :  VD  VG

Virus identifié :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :  HHV6

Parvovirus B19

Adénovirus

Epstein-Barr Virus (EBV)

Entérovirus

Grippe H1N1

Autre Grippe

SARS-CoV-2

Autre

➤ Si Autre, préciser.....

Diagnostic confirmé de myocardite aiguë :  Oui  Non

Complication de la biopsie :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

Epanchement péricardique :  Oui  Non

Tamponnade :  Oui  Non

Trouble du rythme ventriculaire :  Oui  Non

Insuffisance valvulaire :  Oui  Non

Biopsie coronaire :  Oui  Non

Autre :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser : .....

**IRM CARDIAQUE Initiale**IRM cardiaque réalisée :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

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

Trouble de la cinétique segmentaire :  Oui  Non  Np

➤ Si Oui, territoire :

- Antérieur :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non

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

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

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

Volume téldiaastolique : |\_\_|\_\_|\_\_| ml

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

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

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

Ventricule Droit

FEVD : |\_\_|\_\_|\_\_| %  NpŒdème myocardique en séquence T2 :  Oui  Non  Np

➤ Si Oui, préciser :

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

Localisation :

- Sous-épicardique :  Oui  Non
- Médio-mural :  Oui  Non
- Transmural :  Oui  Non
- Antérieur :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non

Prise de contraste précoce :  Oui       Non       Np

➤ Si Oui, préciser :

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

Localisation :

- Sous-épicardique :  Oui     Non
- Médio-mural :  Oui     Non
- Transmural :  Oui     Non
- Antérieur :  Oui     Non
- Septal :  Oui     Non
- Latéral :  Oui     Non
- Inférieur :  Oui     Non

Réhaussement tardif :  Oui       Non       Np

➤ Si Oui, préciser :

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

Localisation :

- Sous-épicardique :  Oui     Non
- Médio-mural :  Oui     Non
- Transmural :  Oui     Non
- Antérieur :  Oui     Non
- Septal :  Oui     Non
- Latéral :  Oui     Non
- Inférieur :  Oui     Non

Epanchement péricardique :  Oui       Non       Np

**BILAN ETIOLOGIQUE DE LA MYOCARDITE AIGUE**

Hémocultures réalisées :  Oui  Non

➤ Si Oui, résultats :  Positif  Négatif

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

PCR Covid19 réalisée :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

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

Site de réalisation :

- Sang :  Oui  Non
- Nasopharynx :  Oui  Non
- AT :  Oui  Non
- LBA :  Oui  Non
- Autre :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser : .....

Résultats :  Positif  Négatif

Réalisation TDM thoracique de recherche Covid + ?  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

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

En faveur Covid+ :  Oui  Non

Sérologie bactériennes sanguines réalisées :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

Sérologie Syphilis :  Positive  Négative  Np

Sérologie Lyme :  Positive  Négative  Np

Sérologie Mycoplasma pneumoniae :  Positive  Négative  Np

Sérologie Chlamydia pneumoniae :  Positive  Négative  Np

Sérologie Fièvre Q :  Positive  Négative  Np

Sérologie sanguine autre, préciser : .....

Sérologies virales sanguines réalisées :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

Sérologie HIV :  Positive  Négative  Np

Sérologie HBV :  Positive  Négative  Np

Sérologie HCV :  Positive  Négative  Np

Sérologie HBV :  Positive  Négative  Np

Sérologie EBV :  Positive  Négative  Np

Sérologie CMV :  Positive  Négative  Np

Sérologie sanguine autre, préciser : .....

PCR virales respiratoires réalisées :  <sub>1</sub>Oui  <sub>0</sub>Non

➤ Si Oui, préciser :

PCR grippe :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR VRS :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR rhinovirus :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR Adénovirus :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR entérovirus :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR EBV :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR respiratoire autre, préciser : .....

PCR virales sanguines réalisées :  <sub>1</sub>Oui  <sub>0</sub>Non

➤ Si Oui, préciser :

PCR grippe :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR enterovirus :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR HHV 6 :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR HHV8 :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR Adénovirus :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR Parvovirus B19 :  <sub>1</sub>Positive  <sub>0</sub>Négative  <sub>9</sub>Np

PCR sanguine autre, préciser : .....

Dosage complément sanguin réalisé :  <sub>1</sub>Oui  <sub>0</sub>Non

➤ Si Oui, résultats :  <sub>1</sub> Normal  <sub>0</sub> Anormal

Dosage des ACAN réalisé :  <sub>1</sub>Oui  <sub>0</sub>Non

➤ Si Oui, résultats :  <sub>1</sub> Normal  <sub>0</sub> Anormal

Dosage des ANCA réalisé :  <sub>1</sub>Oui  <sub>0</sub>Non

➤ Si Oui, résultats :  <sub>1</sub> Normal  <sub>0</sub> 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 fungique : <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 eosinophiles : <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>Non

Autre : <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 □<sub>9</sub> Np

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

Pic de Neutrophiles : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| 10.6/L □<sub>9</sub> 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>Non

Antagonistes de l'aldostéron : <sub>1</sub>Oui <sub>0</sub>Non

Aspirine/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

Immunosupresseurs : <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'entrainement 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 :  Oui  Non*Si Oui merci de compléter le formulaire "Décès"*Troubles conductifs paroxystiques ou soutenus :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

BAV complet :  Oui  NonDysfonction sinusale :  Oui  NonTroubles du rythme ventriculaire :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

Le type :  FV  TV

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

Troubles du rythme supraventriculaire :  Oui  NonLe type :  FA  Flutter

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

AVC :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

AVC ischémique :  Oui  NonAVC hémorragique :  Oui  NonSyndrome de détresse respiratoire aigüe de l'Adulte (SDRA) :  Oui  Non

➤ Si Oui, préciser :

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

Ayant nécessité :

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

➤ Si Oui, préciser :

Ayant recours à des thérapeutiques spécifiques :  Oui  Non

De quel(s) type(s) :

- Inotropes IVSE :  Oui  Non
- Vasopresseurs IVSE :  Oui  Non
- Assistance cardiocirculatoire type ECMO, Impella, CPIA,... :  Oui  Non
- Incription sur liste de transplantation cardiaque :  Oui  Non
- Autre :  Oui  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> AutreSignes 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 (crépitants 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> NpCRP |\_\_\_\_|\_\_\_\_| 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>Non

Antagonistes de l'aldostérone : <sub>1</sub>Oui <sub>0</sub>Non

Aspirine/AINS : <sub>1</sub>Oui <sub>0</sub>Non

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

Corticoïdes : <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

**SUIVI 1 AN (suivi en consultation ou hospitalisation)**

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

Décès :  Oui  Non      *Si Oui merci de compléter le formulaire "Décès"*Recours à une transplantation cardiaque oui/non,  
si oui dateRecours à une assistance chronique oui/non,  
si oui date  
si oui type : LVAD ; RVAD ; BiVAD/CAT

Réhospitalisation pour cause cardiovasculaire oui/non,

si oui :

insuffisance cardiaque oui/non

, si oui date

arythmie oui/non

, si oui date

arrêt cardiorespiratoire récupéré oui/non

, si oui date

syndrome coronaire aigu oui/non

, si oui date

récidive douloureuse oui/non

, si oui date

récidive de myocardite oui/non

si oui date

Autre oui/non

, si oui date et précisez

**DONNEES CLINIQUES DE SUIVI 1 AN**Statut NYHA :  Stade 1  Stade 2  Stade 3  Stade 4

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

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

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

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

Rythme :  Sinusal  Arythmie supraventriculaire  Electrostimulé  AutreSignes d'insuffisance cardiaque droite (reflux hépatojugulaire, oedèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, hépatalgie) :  Oui  Non  NpSignes d'insuffisance cardiaque gauche (crépitants déclives) :  Oui  Non  Np**DONNEES BIOLOGIQUES DE SUIVI A 1 AN**NtproBNP |\_\_|\_|\_|\_| pg/ml  Np Ou BNP|\_\_|\_|\_|,|\_| pg/ml  Np

CRP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/L       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>Non

Antagonistes de l'aldostérone :  <sub>1</sub>Oui  <sub>0</sub>Non

Aspirine/AINS :  <sub>1</sub>Oui  <sub>0</sub>Non

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

Corticoïdes :  <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 :  Oui  Non  Np

➤ Si Oui, territoire :

- Antérieur :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non

FEVG : |\_\_\_\_|\_\_\_\_%  
Masse VG : |\_\_\_\_|\_\_\_\_gMasse VG indexée : |\_\_\_\_|\_\_\_\_g/m<sup>2</sup>

Volume télodiastolique : |\_\_\_\_| ml

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

Volume télésystolique : |\_\_\_\_| ml

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

Ventricule Droit

FEVD : |\_\_\_\_| %  NpŒdème myocardique en séquence T2 :  Oui  Non  Np

➤ Si Oui, préciser :

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

Localisation :

- Sous-épicardique :  Oui  Non
- Médio-mural :  Oui  Non
- Transmural :  Oui  Non
- Antérieur :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non

Prise de contraste précoce :  Oui  Non  Np

➤ Si Oui, préciser :

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

Localisation :

- Sous-épicardique :  Oui  Non
- Médio-mural :  Oui  Non
- Transmural :  Oui  Non
- Antérieur :  Oui  Non
- Septal :  Oui  Non
- Latéral :  Oui  Non
- Inférieur :  Oui  Non

Réhaussement tardif :  Oui       Non       Np

➤ Si Oui, préciser :

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

Localisation :

- Sous-épicardique :  Oui     Non
- Médio-mural :  Oui     Non
- Transmural :  Oui     Non
- Antérieur :  Oui     Non
- Septal :  Oui     Non
- Latéral :  Oui     Non
- Inférieur :  Oui     Non

Epanchement péricardique :  Oui       Non       Np

**FICHE EVENEMENTS DECES**

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

Cause du décès :  <sub>1</sub> Cardiovasculaire  <sub>2</sub> Non cardiovasculaire

➤ Si Cardiovasculaire, préciser :

- Insuffisance cardiaque terminale :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- OAP :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Choc cardiogénique :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- SCA :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Mort subite/Trouble du rythme ventriculaire Embolie pulmonaire :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Dissection aortique Endocardite infectieuse AVC :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Autre :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
  - Si Oui, préciser : .....

➤ Si Non Cardiovasculaire, préciser :

- SDRA :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Choc septique d'origine non cardiaque :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Cancer :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Accident de la voie publique :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Insuffisance respiratoire terminale :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Insuffisance :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Insuffisance rénale terminale :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> Non
- Autre :  <sub>1</sub> Oui  <sub>0</sub> 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) : I\_ \_ \_ / I\_ \_ \_ / 20 I\_ \_ \_

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 prématué :

- <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.*