

## **FICHE PATIENT COVID NEUROLOGIQUE**

à renvoyer par fax au 0142356226 ou par mail thomas.debroucker@ch-stdenis.fr

### **MEDECIN :**

NOM

PRENOM

TELEPHONE

ADRESSE PROFESSIONNELLE

MAIL

### **PATIENT(E) :**

NOM (3 premières lettres) : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_    PRENOM (3 premières lettres) : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_    DDN

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **INFECTION COVID-19**

DATE DES PREMIERS SYMPTOMES : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    certitude diagnostique : scanner thoracique / PCR

FORME CLINIQUE (entourer la réponse) : ambulatoire / modérée / sévère / réanimatoire / mortelle

ANTECEDENTS NEUROLOGIQUES :

DELAI D'APPARITION DES MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES (en jours à compter des premiers symptômes cliniques, à inscrire en négatif en cas de précession) : \_\_\_\_\_

FORME CLINIQUE NEUROLOGIQUE :

céphalées / confusion mentale / crises épileptiques / symptômes focaux / méningite / encéphalite  
/atteinte du système nerveux périphérique / nerfs crâniens

*texte libre* : \_\_\_\_\_

RESULTAT IMAGERIE (scanner / IRM) : \_\_\_\_\_

LCR : cellules/mm<sup>3</sup> :    % lymphocytes :    glucose (mmol/l) :    [glycémie : ] lactates :

protéines (g/l) :    INDEX IgG ou BOC :    PCR COVID-19 :

EVOLUTION DURANT LA MALADIE COVID : régression (durée :    jours) / persistance / aggravation

COMMENTAIRES LIBRES :

---

Etes-vous d'accord pour être recontacté dans le cadre de cette étude ? OUI / NON

## **FICHE PATIENT COVID NEUROLOGIQUE**

à renvoyer par fax au 0142356226 ou par mail [thomas.debroucker@ch-stdenis.fr](mailto:thomas.debroucker@ch-stdenis.fr)

*Merci de votre collaboration et de renvoyer cette fiche par fax au 01 42 35 62 97 ou par mail à [thomas.debroucker@ch-stdenis.fr](mailto:thomas.debroucker@ch-stdenis.fr)*