

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/mm³ : % 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

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