

Année de naissance :

Sexe : M F

Type de pathologie auto-immune ou auto-inflammatoire :

Date des premiers symptômes COVID-19 :

Traitement en cours au moment des premiers symptômes ou de la contamination COVID-19

Corticoïdes per os :

Oui Non

Si oui lequel ? :

Quelle dose ? :

/jour

/semaine

Immunosuppresseur :

Oui Non

Si oui lequel ? :

Quelle dose ? :

/jour

/semaine

Arrêt durant la période aiguë :

Oui Non

Biologique :

Oui Non

Si oui lequel ? :

Quelle dose ? :

/jour

/semaine

/tous les 15 jours

/toutes les 3 semaines

autre

Arrêt durant la période aiguë :

Oui

Non

Immunomodulateur :

(APS, COLCHICINE par exemple)

Si oui lequel ? :

Quelle dose ? :

Oui

Non

/jour

Evolution

Hospitalisation :

Oui Non

Si oui : Hospitalisation en réanimation

Oui

Non

Evolution :

Guérison sans séquelles

Guérison avec séquelles

Lesquelles ? :

**Merci d'envoyer votre fiche par
mail à l'adresse suivante :
contactfai2r@gmail.com**

Votre tampon