**Groupe de travail sur l’immunité face à la COVID-19**

**Groupe de travail de recherche in situ**

**Données de base (personnelles)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Date de l’entrevue | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_  JJ MM AA |
| 2. | Quel âge avez-vous? | \_\_ \_\_ \_\_  ANS |
| 3. | Quel sexe vous a été assigné à la naissance? | MÂLE ...............................................................01  FEMELLE ..........................................................02  AUTRE .............................................................03  PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04  PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ..........................99 |
| 4. | Quel est votre sexe aujourd’hui? | MÂLE...............................................................01  FEMELLE..........................................................02  AUTRE ............................................................03  PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04  PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ..........................99 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. | | Quel est votre genre (comment vous identifiez-vous)? | | | | | | HOMME ….…………………………………………………01  FEMME .........................................................02  NON-BINAIRE, QUEER, AGENRE  OU IDENTITÉ SIMILAIRE ................................03  BISPIRITUEL ..................................................04  AUTRE ..........................................................05  PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 06  PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ........................99 | | | | | | | | |
| 6. | | Appartenez-vous à un peuple autochtone d’Amérique du Nord? | | | | | | NON .........................................................00**🡪Q9**  OUI ...................................................................01 | | | | | | | | |
| 7. | | Auquel des groupes suivants appartenez-vous?  **[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | | | PREMIÈRES NATIONS ...........................................................01  INUIT ...........................................................................02**🡪Q9**  MÉTIS ..........................................................................03**🡪Q9**  INDIEN NON INSCRIT …….………………………………………..04**🡪Q9**  AUTRE PEUPLE AUTOCHTONE.....................................05**🡪Q9**  PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE .......................................99**🡪Q9** | | | | | | | | | | | |
| 8. | | Vivez-vous dans une réserve? | | | | | | OUI ...................................................01  NON ..................................................02  PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE.............................99 | | | | | | | | |
| 9. | | Comment décririez-vous votre origine ethnique ou votre race?  **[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | | | | | | BLANC ……….......................................................01  ASIATIQUE DU SUD ...........................................02  CHINOIS ............................................................03  NOIR .................................................................04  PHILIPPIN ..........................................................05  LATINO-AMÉRICAIN ..........................................06  ARABE ...............................................................07  ASIATIQUE DU SUD-EST ....................................08  ASIATIQUE DE L’OUEST .....................................09  CORÉEN ............................................................10  JAPONAIS..........................................................11  AUTRE …………………………….................................12  PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13  PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE..............................99 | | | | | | | | |
| 10. | | Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? | | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ | | | | | | | | |
| 11. | | Quel est votre niveau de scolarité? | | | | AUCUN DIPLÔME …………………………………........................01  DIPLÔME D’ÉTUDES SECONDAIRES.................................02  CERTIFICAT OU DIPLÔME D’UNE ÉCOLE DE MÉTIER........03  CERTIFICAT NON UNIVERSITAIRE OU DIPLÔME D’UN COLLÈGE OU D’UN CÉGEP …………........04  BACCALAURÉAT…………………………...................................05  DIPLÔME D’ÉTUDES SUPÉRIEURES (EX. MAÎTRISE OU DOCTORAT) ....................................................................06  PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ...........................................99 | | | | | | | | | | |
| 12. | | Combien de personnes compte votre ménage? | | | | | | \_\_ \_\_  NOMBRE | | | | | | | | |
| 13. | | Combien y a-t-il de chambres dans votre domicile? | | | | | | \_\_ \_\_  NOMBRE | | | | | | | | |
| 14. | | Combien y a-t-il de salles de bain dans votre domicile? | | | | | | \_\_ \_\_  NOMBRE | | | | | | | | |
| 15. | | Pensez-vous avoir eu la COVID-19? | | | | | | NON .......................................................00**🡪Q18**  OUI ….................................................................01 | | | | | | | | |
| 16. | | Pourquoi pensez-vous avoir eu la COVID-19?  **[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | | | | | | QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE EN LIGNE ......01  SYMPTÔMES ………….……………………………..........02  RÉSULTATS D’UN PRÉLÈVEMENT NASOPHARYNGÉ ……………………………………........03  DIAGNOSTIC D’UN FOURNISSEUR DE SOINS.....04  CONTACT AVEC UN CAS ...................................05  AUTRE ..............................................................06  PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 07 | | | | | | | | |
| 17. | | Avez-vous été hospitalisé en raison de la COVID-19? | | | | | | NON.…….….................................…….................00  OUI …...…..........................................................01 | | | | | | | | |
| 18. | | Avez-vous effectué un test de dépistage de la COVID-19 par prélèvement nasopharyngé? | | | | | | NON........................................................00**🡪Q21**  OUI....................................................................01 | | | | | | | | |
| 19. | | Combien de tests de dépistage avez-vous effectués? | | | | | | \_\_ \_\_  NOMBRE | | | | | | | | |
| 20. | | Quels sont la date et le résultat de chaque test? | | | | | | **i. DATE** | | | | | **ii. RÉSULTAT** | | | |
|  | | 1. Premier test | | | | | | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_  DÉBUT/ MM AA  MI/  FIN | | | | | NÉGATIF …………00  POSITIF……………01  NE SAIS PAS….…99 | | | |
|  | | 1. Deuxième test **[LE CAS ÉCHÉANT]** | | | | | | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_  DÉBUT/ MM AA  MI/  FIN | | | | | NÉGATIF …………00  POSITIF……………01  NE SAIS PAS….…99 | | | |
|  | | 1. Troisième test **[LE CAS ÉCHÉANT]** | | | | | | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_  DÉBUT/ MM AA  MI/  FIN | | | | | NÉGATIF …………00  POSITIF……………01  NE SAIS PAS….…99 | | | |
|  | | 1. Quatrième test **[LE CAS ÉCHÉANT]** | | | | | | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_  DÉBUT/ MM AA  MI/  FIN | | | | | NÉGATIF …………00  POSITIF……………01  NE SAIS PAS….…99 | | | |
| 21. | | Avez-vous ressenti l’un des symptômes suivants depuis janvier 2020?  **[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | **OUI** | | | | | **NON** | | | | | **NE SAIS PAS** | | | |
| 1. Toux | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Fièvre | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Essoufflement | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Douleurs musculaires | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Maux de tête | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Maux de gorge | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Diarrhée | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Perte d’odorat | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
| 1. Autres symptômes | 01 | | | | | 00 | | | | | 99 | | | |
|  | | j. À quelle date vos symptômes ont-ils commencé? **[SI « OUI » À AU MOINS UN ÉLÉMENT DE LA QUESTION PRÉCÉDENTE]** | | | | | | | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_  DÉBUT/ MM AA  MI/  FIN  NE SAIS PAS ………………………………………..99 | | | | | | | |
| 22. | | Avez-vous voyagé à l’extérieur de votre province de résidence depuis janvier 2020? | | | | | | | NON ...............................................00🡪**Q24**  OUI ...........................................................01 | | | | | | | |
| 23. | | Dans quelle province ou dans quel pays avez-vous voyagé?  **[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | | | | | | | ALBERTA ………………………………………………..01  COLOMBIE-BRITANNIQUE ……………..………02  MANITOBA …………………………………………….03  NOUVEAU-BRUNSWICK ……………...…………04  TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR …….………….05  TERRITOIRES DU NORD-OUEST ….………….06  NOUVELLE-ÉCOSSE ………..……………………...07  NUNAVUT ………………..……………………………08  ONTARIO ………………..……………………………..09  ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD ……………...……..10  QUÉBEC ………….……………………………………..11  SASKATCHEWAN …………………………….……..12  YUKON …………………………………….…………….13  ÉTATS-UNIS D’AMÉRIQUE …………………..…14  MEXIQUE ………………………………………………15  FRANCE …………..…………………………………….16  ITALIE ……………….…………………………………..17  CHINE …….………………………………………….….18  INDE …………………..…………………………….……19  IRAN ………….…………………………………………..20  AUTRE(S) …....…………………………………………21  PRÉCISER :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 22 | | | | | | | |
| 24. | | Avez-vous travaillé dans l’un des lieux ou des secteurs suivants depuis janvier 2020? **[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | | | | | | | **OUI** | | | | **NON** | | | |
| 1. Hôpital ou établissement de santé | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Services d’urgence (comme ambulancier, pompier ou policier) | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Service de garde | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Services correctionnels | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. École | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Transport en commun | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Restaurant | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Épicerie | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Pharmacie | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Salon de coiffure | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Salon d’esthétique | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Service de bord | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 1. Usine | | | | | | | 01 | | | | 00 | | | |
| 25. | | Combien de fois avez-vous participé à des rassemblements de 10 personnes ou plus depuis janvier 2020? | | | | | | | \_\_ \_\_  NOMBRE | | | | | | | |
| 26. | | Fumez-vous? | | | | | | | NON ...............................................00🡪**Q28**  OUI ...........................................................01 | | | | | | | |
| 27. | | À quelle fréquence fumez-vous? | | | | | | | OCCASIONNELLEMENT.............................01  CHAQUE JOUR...........................................02 | | | | | | | |
| 28. | | Vapotez-vous? | | | | | | | NON ...............................................00🡪**Q30**  OUI ...........................................................01 | | | | | | | |
| 29. | | À quelle fréquence vapotez-vous? | | | | | | | OCCASIONNELLEMENT.............................01  CHAQUE JOUR...........................................02 | | | | | | | |
| 30. | Avez-vous reçu un diagnostic pour l’une des maladies chroniques suivantes? **[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | | | | | | | | | **OUI** | | | **NON** | |
| 1. Hypertension | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Diabète | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Asthme | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Maladie pulmonaire chronique | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Cardiopathie chronique | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Néphropathie chronique | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Maladie du foie | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Cancer | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Maladie du sang chronique | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Immunodépression | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 1. Trouble neurologique chronique | | | | | | | | | 01 | | | 00 | |
| 31. | | Quel est votre poids? | | | | | | | | | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ kg / lb  [CHIFFRES RONDS] | | | | |
| 32. | | Quelle est votre taille? | | | | | | | | | \_\_\_ , \_\_\_ \_\_\_ m  [OU]  \_\_\_ pi \_\_\_ \_\_\_ po | | | | |
| 33. | | Avez-vous un médecin de famille ou un fournisseur de soins primaires? | | | | | | | | | NON ........................................................00  OUI .........................................................01  NE SAIS PAS ……………………………………….99 | | | | |
| 34. | | Avez-vous été vacciné contre la grippe dans la dernière année? | | | | | | | | | NON ........................................................00  OUI .........................................................01 | | | | |
| 35. | | À quelle fréquence avez-vous effectué les actions suivantes depuis janvier 2020? | | **JAMAIS** | | | **RAREMENT** | | | | | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** | | |
| 1. Porter un masque dans les lieux publics. | | 00 | | | 01 | | | | | 02 | 03 | 04 | | |
| 1. Pratiquer l’éloignement sanitaire dans les lieux publics. | | 00 | | | 01 | | | | | 02 | 03 | 04 | | |
| 1. Éviter les endroits bondés et les rassemblements. | | 00 | | | 01 | | | | | 02 | 03 | 04 | | |
| 1. Éviter les salutations habituelles. | | 00 | | | 01 | | | | | 02 | 03 | 04 | | |
| 1. Limiter les contacts avec les personnes plus à risque (ex. : un proche âgé). | | 00 | | | 01 | | | | | 02 | 03 | 04 | | |
| 1. Vous isoler parce que vous pensiez avoir la COVID‑19. | | 00 | | | 01 | | | | | 02 | 03 | 04 | | |
| 1. Vous mettre en quarantaine après une possible exposition à la COVID-19, même en l’absence de symptômes. | | 00 | | | 01 | | | | | 02 | 03 | 04 | | |