



**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? <b>[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D'UNE RÉPONSE]</b>	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? <b>[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D'UNE RÉPONSE]</b>	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 → <b>Q18</b> OUI .....01
16.	Pourquoi pensez-vous avoir eu la COVID-19? <b>[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D'UNE RÉPONSE]</b>	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?	<b>i. DATE</b>	<b>ii. RÉSULTAT</b>	
	a. Premier test	____/____/____ DÉBUT/ MM AA MI/ FIN	NÉGATIF .....00 POSITIF.....01 NE SAIS PAS.....99	
	b. Deuxième test [LE CAS ÉCHÉANT]	____/____/____ DÉBUT/ MM AA MI/ FIN	NÉGATIF .....00 POSITIF.....01 NE SAIS PAS.....99	
	c. Troisième test [LE CAS ÉCHÉANT]	____/____/____ DÉBUT/ MM AA MI/ FIN	NÉGATIF .....00 POSITIF.....01 NE SAIS PAS.....99	
	d. 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]	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NE SAIS PAS</b>



	a. Toux	01	00	99
	b. Fièvre	01	00	99
	c. Essoufflement	01	00	99
	d. Douleurs musculaires	01	00	99
	e. Maux de tête	01	00	99
	f. Maux de gorge	01	00	99
	g. Diarrhée	01	00	99
	h. Perte d'odorat	01	00	99
	i. 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 → <b>Q24</b> 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? <b>[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D'UNE RÉPONSE]</b>  a. Hôpital ou établissement de santé b. Services d'urgence (comme ambulancier, pompier ou policier) c. Service de garde d. Services correctionnels e. École f. Transport en commun g. Restaurant h. Épicerie i. Pharmacie	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>h.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>i.</td> <td>01</td> <td>00</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a.	01	00	b.	01	00	c.	01	00	d.	01	00	e.	01	00	f.	01	00	g.	01	00	h.	01	00	i.	01	00	
	OUI	NON																															
a.	01	00																															
b.	01	00																															
c.	01	00																															
d.	01	00																															
e.	01	00																															
f.	01	00																															
g.	01	00																															
h.	01	00																															
i.	01	00																															



	j. Salon de coiffure	01	00
	k. Salon d'esthétique	01	00
	l. Service de bord	01	00
	m. 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 → <b>Q28</b> OUI .....01	
27.	À quelle fréquence fumez-vous?	OCCASIONNELLEMENT.....01 CHAQUE JOUR.....02	
28.	Vapotez-vous?	NON .....00 → <b>Q30</b> 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? <b>[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D'UNE RÉPONSE]</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	a. Hypertension	01	00
	b. Diabète	01	00
	c. Asthme	01	00
	d. Maladie pulmonaire chronique	01	00
	e. Cardiopathie chronique	01	00





	f. Néphropathie chronique	01	00			
	g. Maladie du foie	01	00			
	h. Cancer	01	00			
	i. Maladie du sang chronique	01	00			
	j. Immunodépression	01	00			
	k. 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?	<b>JAMAIS</b>	<b>RAREMENT</b>	<b>PARFOIS</b>	<b>SOUVENT</b>	<b>TOUJOURS</b>
	a. Porter un masque dans les lieux publics.	00	01	02	03	04
	b. Pratiquer l'éloignement sanitaire dans les lieux publics.	00	01	02	03	04



c. Éviter les endroits bondés et les rassemblements.	00	01	02	03	04
d. Éviter les salutations habituelles.	00	01	02	03	04
e. Limiter les contacts avec les personnes plus à risque (ex. : un proche âgé).	00	01	02	03	04
f. Vous isoler parce que vous pensiez avoir la COVID-19.	00	01	02	03	04
g. Vous mettre en quarantaine après une possible exposition à la COVID-19, même en l'absence de symptômes.	00	01	02	03	04