**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 ...............................................................01FEMELLE ..........................................................02AUTRE .............................................................03PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ..........................99 |
| 4. | Quel est votre sexe aujourd’hui? | MÂLE...............................................................01FEMELLE..........................................................02AUTRE ............................................................03PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ..........................99 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. | Quel est votre genre (comment vous identifiez-vous)? | HOMME ….…………………………………………………01FEMME .........................................................02NON-BINAIRE, QUEER, AGENREOU IDENTITÉ SIMILAIRE ................................03BISPIRITUEL ..................................................04AUTRE ..........................................................05PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 06PRÉFÈRE 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 ...........................................................01INUIT ...........................................................................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 ...................................................01NON ..................................................02PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE.............................99 |
| 9. | Comment décririez-vous votre origine ethnique ou votre race?**[VOUS POUVEZ COCHER PLUS D’UNE RÉPONSE]** | BLANC ……….......................................................01ASIATIQUE DU SUD ...........................................02CHINOIS ............................................................03NOIR .................................................................04PHILIPPIN ..........................................................05LATINO-AMÉRICAIN ..........................................06ARABE ...............................................................07ASIATIQUE DU SUD-EST ....................................08ASIATIQUE DE L’OUEST .....................................09CORÉEN ............................................................10JAPONAIS..........................................................11AUTRE …………………………….................................12PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE..............................99 |
| 10. | Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? | \_\_ \_\_ \_\_ |
| 11. | Quel est votre niveau de scolarité? | AUCUN DIPLÔME …………………………………........................01DIPLÔME D’ÉTUDES SECONDAIRES.................................02CERTIFICAT OU DIPLÔME D’UNE ÉCOLE DE MÉTIER........03CERTIFICAT NON UNIVERSITAIRE OU DIPLÔME D’UN COLLÈGE OU D’UN CÉGEP …………........04BACCALAURÉAT…………………………...................................05DIPLÔME D’ÉTUDES SUPÉRIEURES (EX. MAÎTRISE OU DOCTORAT) ....................................................................06PRÉFÈRE 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 ......01SYMPTÔMES ………….……………………………..........02RÉSULTATS D’UN PRÉLÈVEMENT NASOPHARYNGÉ ……………………………………........03DIAGNOSTIC D’UN FOURNISSEUR DE SOINS.....04CONTACT AVEC UN CAS ...................................05AUTRE ..............................................................06PRÉCISER : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 07 |
| 17. | Avez-vous été hospitalisé en raison de la COVID-19? | NON.…….….................................…….................00OUI …...…..........................................................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 AAMI/FIN | NÉGATIF …………00POSITIF……………01NE SAIS PAS….…99 |
|  | 1. Deuxième test **[LE CAS ÉCHÉANT]**
 | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_DÉBUT/ MM AAMI/FIN | NÉGATIF …………00POSITIF……………01NE SAIS PAS….…99 |
|  | 1. Troisième test **[LE CAS ÉCHÉANT]**
 | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_DÉBUT/ MM AAMI/FIN | NÉGATIF …………00POSITIF……………01NE SAIS PAS….…99 |
|  | 1. Quatrième test **[LE CAS ÉCHÉANT]**
 | \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_DÉBUT/ MM AAMI/FIN | NÉGATIF …………00POSITIF……………01NE 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/FINNE 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 ………………………………………………..01COLOMBIE-BRITANNIQUE ……………..………02MANITOBA …………………………………………….03NOUVEAU-BRUNSWICK ……………...…………04TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR …….………….05TERRITOIRES DU NORD-OUEST ….………….06NOUVELLE-ÉCOSSE ………..……………………...07NUNAVUT ………………..……………………………08ONTARIO ………………..……………………………..09ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD ……………...……..10QUÉBEC ………….……………………………………..11SASKATCHEWAN …………………………….……..12YUKON …………………………………….…………….13ÉTATS-UNIS D’AMÉRIQUE …………………..…14MEXIQUE ………………………………………………15FRANCE …………..…………………………………….16ITALIE ……………….…………………………………..17CHINE …….………………………………………….….18INDE …………………..…………………………….……19IRAN ………….…………………………………………..20AUTRE(S) …....…………………………………………21PRÉCISER :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.............................01CHAQUE JOUR...........................................02 |
| 28. | Vapotez-vous? | NON ...............................................00🡪**Q30**OUI ...........................................................01 |
| 29. | À quelle fréquence vapotez-vous? | OCCASIONNELLEMENT.............................01CHAQUE 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 ........................................................00OUI .........................................................01NE SAIS PAS ……………………………………….99 |
| 34. | Avez-vous été vacciné contre la grippe dans la dernière année? | NON ........................................................00OUI .........................................................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 |