

Profil personnel

1. Prénom:

2. Date de naissance:

3. Adresse électronique (mail):

4. Numéro de téléphone portable:

5. Quel sexe vous a été attribué à la naissance?

- Homme
- Femme
- Autre
- Je préfère ne pas répondre

Etes-vous enceinte ou il y a-t-il des chances que vous le soyez dans le prochain mois?

- Oui
- Non

6. Est-ce que votre sexe aujourd'hui est le même que celui qui vous a été attribué à la naissance?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

7. Quel âge avez-vous? _____ ans

8. Combien pesez-vous? _____ kg

9. Quelle est votre taille? _____ m _____ cm

10. Quelle est votre origine ethnique?

- Hispanique ou latino
- Caucasien / Européen
- Asiatique
- Africain
- Amérindien
- Insulaire du Pacifique
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

11. Vivez-vous seul (e)?

- Yes
- No

Merci d'indiquer l'âge des personnes qui partagent votre foyer (en vous incluant vous-même ainsi que toute personne qui vous donne des soins à domicile)

- ___ moins de 3 ans
- ___ 3-6 ans
- ___ 7-17 ans
- ___ 18-25 ans
- ___ 26-40 ans
- ___ 41-64 ans
- ___ 65-79 ans
- ___ 80 ans et plus

13. Quelle est votre adresse? (juste utilisée pour le géocodage)

Questions relatives au COVID-19

14. Avez-vous été infecté(e) par le COVID-19?

- Oui
- Non

15. Avez-vous été testé(e) pour le COVID-19?

- Oui
- Non

Où avez-vous été testé(e) pour le COVID-19?

- Cabinet medical ou drive de dépistage
- Service des urgences
- Autre

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser l'endroit: _____

Aviez-vous déjà des symptômes quand vous avez été testé(e)?

- Oui
- Non

Pourquoi avez-vous été testé(e)?

- Personnel medical / Premier répondant
- Membre de la famille considéré "à risque"
- Autre

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser: _____

16. Quels sont vos symptômes: (cochez tous ceux qui s'appliquent)

- aucun
- toux: depuis combien de jours ___
- mal de gorge: depuis combien de jours ___
- fièvre supérieure à 38 degrés: depuis combien de jours ___
- température maximale enregistrée _____
- frissons
- maux de tête
- perte partielle de l'odorat
- perte totale de l'odorat
- perte partielle du goût
- perte totale du goût
- problèmes respiratoires
- grande fatigue
- douleurs musculaires
- nez qui coule
- diarrhée (plus de 3 fois en 24 heures)
- nausées ou vomissements
- rougeurs au niveau des lèvres ou du visage
- confusion ou incapacité à se lever
- douleurs thoraciques ou pression sur le thorax
- conjonctivite bénigne ou rougeur dans les yeux
- Autre, merci de spécifier: _____

Depuis combien de jours tousez-vous? _____

Comment est votre toux?

- sèche
- humide
- autre _____

Date de votre premier symptôme:

Date de votre dernier symptôme:

17. Etiez-vous à l'étranger avant d'avoir été infecté par COVID-19 ou avant d'avoir suspecté être atteint du COVID-19?

- Non
- Oui Pays: _____ Date du voyage: _____

18. Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 ou suspectée d'avoir contracté COVID-19?

- Oui, une personne atteinte du COVID-19
- Oui, une personne suspectée d'avoir COVID-19
- Non
- Pas sûr

Questions générales sur votre santé

19. Comment considérez-vous votre état de santé?

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Mauvais

20. En temps normal, combien de fois rencontrez-vous d'autres personnes et connaissances/amis?

- Je sors beaucoup: 4 à 7 fois par semaine
- Je sors quelquefois: 2 à 3 fois par semaine
- Je sors rarement: 1 fois par semaine au maximum

21. Sur un barème de 1 à 5, comment jugez-vous que vous avez respecté les directives de distanciation sociale préconisées par le Centre de Contrôle des Maladies (CDC)? (1 – je n'ai pas suivi les directives, 5 - j'ai suivi toutes les directives).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

22. Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) des maladies suivantes? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Problèmes de poumon
 - a. Asthme
 - b. Trouble pulmonaire obstructif chronique
 - c. Fibrose pulmonaire idiopatique
 - d. Bronchiectasie (dilatation des bronches)
 - e. Déficit en alpha-1-antitrypsine
 - f. Autre problème de poumon

- Problèmes cardiaques:
 - a. Maladie cardiaque congénitale
 - b. Maladie de l'artère coronaire/ infarctus du myocarde
- Hypertension artérielle
- Hyperlipidémie/ hypercholestérolémie
- Anémie
- Maladie du foie
- Diabète
- Obésité
- Maladie des articulations
 - a. Polyarthrite rhumatoïde
 - b. Arthrose ou autre maladie articulaire
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Cancer
- Fibrose kystique
- Maladie rénale chronique
- Troubles neurologiques (sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Huntington,...)
- Démence (Alzheimer,..)
- Autre, merci de préciser _____
- Aucune de ces maladies

23. Avez-vous déjà eu une greffe d'organe?

- Non
- Oui – quel organe? _____

24. Avez-vous déjà eu des troubles de votre système immunitaire? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Trouble immunitaire: thyroïde, lupus, sclérose en plaques, cytopénie, colite/maladie inflammatoire de l'intestin, autre, _____
- Autre maladie inflammatoire: _____
- Fièvres périodiques / fréquentes
- Déficience immunitaire
- Verrues fréquentes et éruptions cutanées.
- Allergies saisonnières, rhume des foies
- Allergies alimentaires
- Boutons de fièvre
- Zona
- Eczéma
- Urticaire
- Aucun de ces problèmes

25. Parmi les médicaments suivants, lesquels utilisez-vous au moins une fois par semaine? (cochez tout ce qui s'applique)

- Agents anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS : aspirine, célécoxib, diclofénac (Cambia, Cataflam, Voltaren), diflunisal, étodolac, ibuprofène (Motrin, Advil), indométhacine (Indocine), kétoprofène, kétorolac, nambumétone, naproxène, naproxène oxaprozine (Daypro), piroxicam (Feldene), salsalate (Disalate), sulidnac, tolmetin,...
- Acétaminophène: Doliprane, Tylenol, Dayquil, Nyquil, Excedrin, Sinutab, Vicks
- Médicaments pour l'asthme: Ventolin, albuterol
- Cortico-stéroïdes par voie orale ou injectés: Prednisone
- Cortico-stéroïdes inhalés
- Bronchodilatateurs par inhalation
- Médicaments pour douleurs névralgiques: Gabapétin
- Médicaments pour le diabète: Metformin
- Injections pour maladies immunitaires: infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, ...
- Médicaments anticoagulants: Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, ...
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion pour l'hypertension artérielle : Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, ...
- Statines pour réduire le cholestérol comme l'atorvastatine ou la simvastatine.
- Bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine pour l'hypertension artérielle: Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, ...
- Inhibiteurs de JAK: Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib
- Hydroxychloroquine
- Inhibiteurs de l'IL-6: sarilumab, tocilizumab, siltuximab, ...
- Médicaments pour la thyroïde: levothyroxine
- Un bêta-bloquant pour réduire la tension artérielle: metoprolol, atenolol, tramadol, ...
- Autres: vitamines et suppléments avec ou sans ordonnance
- Aucun de ces médicaments

26. Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ces 6 derniers mois?

- Oui – date: _____
- Non
- Je ne m'en souviens pas

27. Vous souvenez-vous de la dernière fois que vous avez ressenti des symptômes de grippe avant la pandémie de COVID-19?

- Oui – quand? _____
- Non

Avez-vous été hospitalisé(e) à cause de la grippe?

- Oui
- Non

28. Avez-vous souvent des symptômes de grippe ou de rhume?

- Jamais
- Rarement
- 1 fois par an
- 2 fois par an ou plus

29. Quand avez-vous pris des antibiotiques pour la dernière fois?

- J'en prends en ce moment
- Ce mois-ci
- Le mois dernier
- Les 2 derniers mois
- Les 6 derniers mois
- Cette année
- Il y a plus d'un an
- Jamais/ Je ne m'en souviens pas

Questions sur votre style de vie

30. Est-ce que vous prenez des drogues récréatives comme de la marijuana?

- Non
- Oui, combien de fois par semaine? _____

31. Est-ce que vous fumez?

- Je n'ai jamais fumé
- Je n'ai jamais fumé régulièrement.
- J'ai fumé mais je ne fume plus.
- Je fume rarement
- Je fume chaque jour - combien de cigarettes en moyenne?: _____

32. Est-ce que vous utilisez une cigarette électronique?

- Non, je n'en ai jamais utilisé
- Je n'en ai jamais utilisé régulièrement
- Oui, j'en ai utilisé, mais j'ai abandonné.
- J'en fume rarement.
- J'en fume tous les jours

33. Quel est votre niveau de scolarité?

- Ecole primaire
- CAP/BEP, Ecole d'apprentissage
- Lycée
- Bac + 4 (4 ans d'Université)
- Master/ 3ème cycle ou plus

34. Quelle est votre profession: _____

35. Est-ce que votre profession vous expose à des dangers spécifiques?

- Est-ce un établissement médical?
- Fumées
- Plomb
- Amiante
- Travail physique qui occasionne sueur et déshydratation
- Autre: _____
- Aucun danger

36. Quel est le niveau de votre activité physique ?

- Je lis, regarde la télévision, et j'ai des activités qui ne sont pas physiquement éprouvantes.
- Je marche/fais du vélo, et suis en général assez actif(ve) plusieurs jours de la semaine. Mes activités comprennent: marche à pied, pêche, chasse et jardinage.
- Je pratique des sports d'endurance plusieurs heures par semaine: jogging, ski, musculation, exercices de résistance, natation, jeux de ballon et travaux de jardinage éprouvants,
- Je m'entraîne plusieurs fois par semaine pour des sports de compétition.