

Ce questionnaire documente vos symptômes pour l'équipe de la Direction de la santé publique. Si jamais votre état de santé se détériore de façon importante, SVP appelez le **811** et dites que vous êtes atteint de la COVID-19.

1- POUR QUI REMPLISSEZ-VOUS CE QUESTIONNAIRE ?

- Moi-même (personne atteinte de la COVID-19) Quelqu'un d'autre (qui répond pour la personne atteinte)

2- INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE QUI RÉPOND POUR LA PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19

(Cette section est à remplir seulement si la personne atteinte de la COVID-19 n'est pas en mesure de répondre)

Lien avec le cas : Père Mère Tuteur Autre (précisez) : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Est-ce que la personne pour qui vous complétez le questionnaire est décédée ?

- Oui Non

↳ **Veillez préciser la date et le lieu du décès**

Date du décès : _____ Lieu du décès : _____
AAAA-MM-JJ

3- INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : H F
AAAA-MM-JJ Indéterminé

Numéro d'assurance maladie : _____

Adresse : _____
No civique Rue

_____ Ville Code postal

_____ Province Pays

3- INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (SUITE)

Téléphones Résidentiel : _____ Cellulaire : _____
Bureau : _____ Poste : _____

Adresse courriel : _____

Avez-vous une maladie ou une condition qui affecte votre système immunitaire ?

(Ex. : cancer en traitement de radiothérapie ou chimiothérapie, greffe d'un organe, prise d'un médicament immunosuppresseur, infection par le VIH)

Oui Non Je ne sais pas

4- ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA SANTÉ

Avez-vous été hospitalisé ?

Oui Non Je ne sais pas

Date d'hospitalisation: _____
(début de séjour) AAAA-MM-JJ

Date d'hospitalisation : _____
(fin du séjour) AAAA-MM-JJ

Avez-vous été hospitalisé aux soins intensifs ?

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous été intubé ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 48 heures, avez-vous fait de la fièvre (plus de 38,0 °C ou 100,4 °F) ou des symptômes de fièvre (front chaud ou frisson) ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les derniers 48 heures, avez-vous pris des médicaments comme de l'acétaminophène (Tylenol, Tempra), de l'ibuprofène (Advil, Motrin) ou de l'Aspirine?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu de la toux, toux avec crachat ou une toux plus sévère qu'à l'habitude?

Oui Non Je ne sais pas

4- ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA SANTÉ (SUITE)

Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu mal à la gorge ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu le nez qui coule ou êtes-vous congestionné ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, avez-vous de la difficulté à respirer ou ressenti un essoufflement plus sévère qu'à l'habitude ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu des diarrhée (trois selles ou plus) ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu des maux de tête ou plus sévères qu'à l'habitude ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, vous êtes-vous senti plus fatigué qu'à l'habitude et incapable de mener à bien vos activités quotidiennes ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, avez-vous ressenti des douleurs musculaire, thoracique ou articulaire ?

Oui Non Je ne sais pas

Dans les dernières 24 heures, avez-vous remarqué une importante perte d'appétit ?

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous ressenti d'autres symptômes nouveaux ou inhabituels au cours des dernières 24 heures?

Oui Non Je ne sais pas

Si vous avez des questions supplémentaires, vous pouvez téléphoner au **811**.

La Direction régionale de santé publique vous remercie de votre collaboration.