Santé et Services sociaux Québec

Enquête de cas
Questionnaire de cas – COVID-19

Questionnaire à remplir par la direction de santé publique

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

Par rapport à la personne atteinte de la COVID-19, vous êtes (précisez votre relation) : _____

Veuillez remplir les informations ci-dessous

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel du répondant : _____

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

☐ Oui ☐ Non

↳ **Veuillez préciser la date et le lieu du décès :** Date du décès : _____
AAAA-MM-JJ

Lieu du décès :

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Code postal

Téléphone : _____

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

S.V.P. Veuillez remplir les informations suivantes concernant la personne qui a la COVID-19

Nom de famille: _____ Prénom : _____

Téléphones : Résidentiel : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Type de résidence principale :

- ☐ Domicile (maison, condo ou appartement)
- ☐ Résidence privée pour ainés (RPA)
- ☐ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- ☐ Centre hospitalier (CH)
- ☐ Ressource intermédiaire (RI)
- ☐ Ressource de type familial (RTF)
- ☐ Centre de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation)
- ☐ Hébergement communautaire
- ☐ Milieu carcéral (Prison)
- ☐ Autre hébergement, précisez : _____

Nom du milieu : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Code postal

_____ _____
Province Pays

☐ Sans domicile fixe
(Remplissez la section adresse de séjour ci-bas)

☐ Hors Québec
(Remplissez la section adresse permanente ci-bas)

Numéro d'assurance maladie : _____

Date de naissance : _____ Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Autres
AAAA-MM-JJ

Vous identifiez-vous comme autochtone? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne préfère pas répondre

Si oui, vous identifiez-vous comme :

- ☐ Premières Nations
- ☐ Métis
- ☐ Inuit
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne préfère pas répondre

Résidez-vous sur une réserve la plupart du temps? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

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

Êtes-vous un travailleur de la santé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui :
Cochez la ou les réponses

- ☐ Centre hospitalier (CH)
- ☐ Clinique ou cabinet (ex. médical, dentaire)
- ☐ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- ☐ Résidence pour personnes âgées (RPA)
- ☐ Laboratoire
- ☐ Ressources intermédiaires (RI), Ressources de type familial (RTF)
- ☐ Premier répondant
- ☐ Centres de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation)
- ☐ Centre local de services communautaires (CLSC)

Veuillez préciser votre occupation : _____

Travaillez-vous dans une école ou garderie? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Dans le cadre de votre travail, êtes-vous en contact direct avec la clientèle? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

4- SYMPTÔMES

Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes suivants reliés à la COVID-19?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- Fièvre (38°C/100,4°F ou plus)
- Frissons
- Toux
- Toux avec crachats (expectoration)
- Mal de gorge
- Nez qui coule ou congestionné
- Essoufflement ou difficulté à respirer
- Nausées ou vomissements
- Diarrhée
- Irritabilité/confusion
- Mal de tête
- Fatigue intense
- Douleur (muscles, poitrine, ventre ou articulations)
- Perte de l'odorat ou du goût
- Importante perte d'appétit

Date du début des symptômes : _____
AAAA-MM-JJ

5- CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS (à moins de 2 mètres, pendant plus de 15 minutes consécutives ou au total)

Il est important d'identifier toutes les personnes avec qui vous avez eu des contacts étroits et prolongés (à moins de 2 mètres, pendant plus de 15 minutes consécutives ou au total) afin de permettre à la santé publique de les contacter et limiter la transmission de la maladie.

Vos renseignements et ceux des personnes identifiées demeureront confidentiels et ne seront pas divulgués aux personnes identifiées.

Veuillez indiquer ci-dessous toutes les personnes avec qui vous avez eu des contacts étroits et prolongés depuis deux jours avant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas eu de symptômes, depuis deux jours avant votre test de dépistage).

N'oubliez pas :

- Les personnes avec qui vous habitez incluant vos enfants;
- Partenaire intime ou sexuel;
- Proches aidants;
- Les personnes que vous avez côtoyées, rencontrées ou fréquentées (ex. : autres membres de la famille avec qui vous ne résidez pas, amis, collègues de travail, à l'école ou à la garderie, etc.).

1er contact :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphones : Résidentiel : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Date de naissance : _____ (facultatif) AAAA-MM-JJ

Date du dernier contact : _____ AAAA-MM-JJ

Est-ce que le contact a eu des symptômes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Quelle est votre relation avec la personne?

☐ J'habite avec cette personne (ex. : enfant, colocataire, conjoint, parent)

☐ J'ai des relations intimes et sexuelles avec cette personne

☐ J'ai donné ou reçu des soins d'hygiène de cette personne (ex. : proche aidant)

☐ J'ai côtoyé, rencontré ou fréquenté cette personne (ex. : autres membres de la famille avec qui vous ne résidez pas, amis, collègues de travail, à l'école ou à la garderie, etc.)

5- CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS (à moins de 2 mètres, pendant plus de 15 minutes consécutives ou au total) (SUITE)

2e contact :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphones : Résidentiel : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Date de naissance : _____ (AAAA-MM-JJ)
(facultatif)

Date du dernier contact : _____ (AAAA-MM-JJ)

Est-ce que le contact a eu des symptômes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Quelle est votre relation avec la personne?

☐ J'habite avec cette personne (ex. : enfant, colocataire, conjoint, parent)

☐ J'ai des relations intimes et sexuelles avec cette personne

☐ J'ai donné ou reçu des soins d'hygiène de cette personne (ex. : proche aidant)

☐ J'ai côtoyé, rencontré ou fréquenté cette personne (ex. : autres membres de la famille avec qui vous ne résidez pas, amis, collègues de travail, à l'école ou à la garderie, etc.)

NOTE IMPORTANTE : Si vous n'avez pas l'adresse courriel d'une de ces personnes, SVP lui téléphoner vous-même pour l'aviser qu'elle doit rester en isolement à la maison pour 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Exemple : si vous avez été en contact avec la personne le 15 mars, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 mars.

6- MILIEUX DE VIE, DE TRAVAIL ET AUTRES ENDROITS VISITÉS

Avez-vous habité, travaillé, visité ou fait du bénévolat depuis 2 jours avant le début de vos symptômes dans les milieux suivants (si vous n'avez pas eu de symptômes, depuis deux jours avant votre test de dépistage)?

Résidence privée pour aînés (RPA) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées de la résidence privée pour aînés (RPA) ci-bas

Nom de la résidence : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ci-dessous

Nom du CHSLD : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

6- MILIEUX DE VIE, DE TRAVAIL ET AUTRES ENDROITS VISITÉS (SUITE)

Refuge et aide pour sans-abri ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du refuge ci-dessous

Nom du refuge : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

Milieu carcéral (prison) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du milieu carcéral ci-dessous

Nom du milieu carcéral : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

Ressources intermédiaires (RI), Ressources de type familial (RTF) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées de la ressource ci-dessous

Nom de la ressource : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

6- MILIEUX DE VIE, DE TRAVAIL ET AUTRES ENDROITS VISITÉS (SUITE)

Centre de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du centre de réadaptation ci-dessous

Nom du centre de réadaptation : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

Milieu de garde (ex. : centre de la petite enfance) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du milieu de garde dans le tableau ci-bas

Nom du milieu de garde : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

Milieu d'enseignement (ex. : école, collège, université) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du milieu d'enseignement dans le tableau ci-bas

Nom du milieu d'enseignement : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

6- MILIEUX DE VIE, DE TRAVAIL ET AUTRES ENDROITS VISITÉS (SUITE)

Autre milieu (incluant milieu de travail non mentionné précédemment) ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière fréquentation : _____
AAAA-MM-JJ

Si oui : ☐ Habité ☐ Travaillé ☐ Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du milieu ci-dessous

Nom du milieu : _____

Adresse : _____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

7- AUTRES ENDROITS OÙ VOUS AVEZ EU DES CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS

Activités

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas eu de symptômes, depuis 2 jours avant votre test de dépistage), avez-vous eu un contact étroit et prolongé (à moins de 2 mètres, pendant plus de 15 minutes) dans l'une des activités suivantes? Inscrivez seulement les activités où vous étiez 2 personnes et plus qui ne résident pas à la même adresse.

Cochez la ou les réponses

- ☐ Activité sociale
- ☐ Activité de loisirs
- ☐ Activité sportive
- ☐ Activité de rassemblement de plusieurs personnes (ex. : mariage)
- ☐ Activité de culte (ex. église, synagogue, mosquée)
- ☐ Autre activité

Veuillez spécifier les coordonnées des endroits dans la ou les sections ci-dessous

7- AUTRES ENDROITS OÙ VOUS AVEZ A EU DES CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS (SUITE)

Activité sociale (Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ _____
No civique, rue Ville

_____
Code postal

_____ _____
Nom et prénom d'une personne-contact Numéro de téléphone

Activité de loisirs (Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ _____
No civique, rue Ville

_____
Code postal

_____ _____
Nom et prénom d'une personne-contact Numéro de téléphone

Activité sportive (Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ _____
No civique, rue Ville

_____
Code postal

_____ _____
Nom et prénom d'une personne-contact Numéro de téléphone

7- AUTRES ENDROITS OÙ VOUS AVEZ A EU DES CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS (SUITE)

Activité de culte (ex. église, synagogue, mosquée) (Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ _____
No civique, rue Ville

_____
Code postal

_____ _____
Nom et prénom d'une personne-contact Numéro de téléphone

Activité avec rassemblement de plusieurs personnes (ex. : mariage)
(Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ _____
No civique, rue Ville

_____
Code postal

_____ _____
Nom et prénom d'une personne-contact Numéro de téléphone

Autre activité (Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ _____
No civique, rue Ville

_____
Code postal

_____ _____
Nom et prénom d'une personne-contact Numéro de téléphone

7- AUTRES ENDROITS OÙ VOUS AVEZ A EU DES CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS (SUITE)

Déplacements en avion à plusieurs personnes

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas eu de symptômes, depuis 2 jours avant votre test de dépistage), avez-vous eu un contact étroit et prolongé (à moins de 2 mètres, pendant plus de 15 minutes) dans un vol d'avion?

Avion 1

Nom de la compagnie de transport : _____

Identification du transport :
(Ex. : no de vol, no de licence, etc.) _____

Point de départ : _____ Ville _____ Pays

Destination : _____ Ville _____ Pays

Date et heure de départ : _____ AAAA-MM-JJ Heure : _____ (00 H 00)

Date et heure d'arrivée: _____ AAAA-MM-JJ Heure : _____ (00 H 00)

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas eu de symptômes, dans les deux semaines avant votre test de dépistage), avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Veuillez compléter les informations concernant cette ou ces personnes dans le tableau ci-bas

Informations de la personne (A) A

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ AAAA-MM-JJ
(facultatif)

Date du premier contact : _____ AAAA-MM-JJ

Date du dernier contact : _____ AAAA-MM-JJ

Cette personne a voyagé hors du pays ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Milieu de votre contact (A) A

☐ Milieu familial
☐ Milieu de travail (excluant les milieux de soins)
☐ Milieu de soins
☐ Autre milieu Précisez : _____

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (SUITE)

Contexte de votre contact (A) : A

Nom du milieu : _____

_____ No civique, rue

_____ Ville

_____ Code postal

_____ Numéro de téléphone du milieu

Date du contact : _____ AAAA-MM-JJ

_____ Numéro de téléphone du milieu

Informations de la personne (B) B

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ AAAA-MM-JJ
(facultatif)

Date du premier contact : _____ AAAA-MM-JJ

Téléphone : _____

Date du dernier contact : _____ AAAA-MM-JJ

Cette personne a voyagé hors du pays? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Milieu de votre contact (B) B

- ☐ Milieu familial
- ☐ Milieu de travail (excluant les milieux de soins)
- ☐ Milieu de soins
- ☐ Autre milieu Précisez : _____

Contexte de votre contact (B) B

Nom du milieu : _____

_____ No civique, rue

_____ Ville

_____ Code postal

Date du contact : _____ AAAA-MM-JJ

_____ Numéro de téléphone du milieu

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (SUITE)

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas de symptômes, dans les deux semaines avant le test de dépistage), avez-vous participé à une activité où vous savez qu'il y avait une ou des personnes atteintes de la COVID-19? Ne pas répéter les activités mentionnées précédemment.

☐ Oui ☐ Non, pas à ma connaissance ☐ Je ne sais pas

Veuillez compléter les informations concernant cet événement dans le tableau ci-bas

Informations de l'événement

Événement : _____

Nom de la personne responsable de l'événement : _____

Lieu : _____

_____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

Date de l'événement : _____
AAAA-MM-JJ

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas de symptômes, dans les deux semaines avant le test de dépistage), avez-vous été dans un lieu où vous savez qu'il y avait une ou des personnes atteintes de la COVID-19? Ne pas répéter les lieux mentionnés précédemment dans cette section.

☐ Oui ☐ Non, pas à ma connaissance ☐ Je ne sais pas

Veuillez compléter les informations concernant ce lieu dans le tableau ci-bas

Informations du lieu

Lieu : _____

_____ _____
No civique Rue

_____ _____
Ville Numéro de téléphone

Date de la visite : _____
AAAA-MM-JJ

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (SUITE)

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas eu de symptômes, dans les deux semaines avant le test de dépistage), avez-vous été exposé en laboratoire à du matériel biologique (ex. : échantillons cliniques, isolats de cultures de virus) contenant le virus de la COVID-19?

☐ Oui ☐ Non, pas à ma connaissance ☐ Je ne sais pas

Veuillez compléter les informations concernant ce lieu dans le tableau ci-bas

Informations sur le milieu

Nom du milieu : _____

No civique _____ Rue _____

Ville _____ Numéro de téléphone _____

Date de la dernière fréquentation : _____ (AAAA-MM-JJ)

Veuillez compléter les informations concernant votre ou vos voyages interrégionaux ci-dessous

9- PROBLÈMES DE SANTÉ ANTÉRIEURS À LA COVID-19

Avez-vous ou prenez-vous des médicaments pour un problème d'immunodéficience (problème du système immunitaire)?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Poids (kg / lbs) _____ Taille (pieds / cm) _____

Êtes-vous fumeur? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous donné du sang entre aujourd'hui et les 72 heures précédant le début des symptômes (ou votre test de dépistage)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Avez-vous reçu des produits sanguins depuis 14 jours avant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas eu de symptômes, depuis 14 jours avant votre test de dépistage)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Êtes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non

Spécifiez la date prévue d'accouchement : _____ (AAAA-MM-JJ)

Avez-vous accouché dans les 6 dernières semaines? ☐ Oui ☐ Non

Spécifiez la date d'accouchement : _____ (AAAA-MM-JJ)

Nous vous remercions d’avoir rempli ce questionnaire.

Nous vous rappelons que vous devez rester en isolement à la maison pendant au moins 10 jours après le début de vos symptômes. Après ces 10 jours, si vous n'avez plus de fièvre depuis au moins 48 heures et que vous êtes rétabli depuis au moins 24 heures, vous pouvez cesser l'isolement. Si vous n'avez jamais eu de symptômes, vous devez demeurer isolé pendant au moins 10 jours à partir de la date de votre test pour la COVID-19. Veuillez noter que les travailleurs de la santé, les personnes immunosupprimées et celles qui ont été hospitalisées pour la COVID-19 doivent rencontrer des critères additionnels qui leurs seront communiqués.

Pour obtenir plus d’informations sur les consignes d’isolement, les symptômes et les traitements dans le contexte de la COVID-19, consultez : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/isolement-symptomes-traitements-covid-19/#c52309.

Pour obtenir plus d’information sur comment vous soigner à la maison, consultez le Guide autosoins − COVID-19 : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002491/?&txt=guide%20autosoins&msss_valpub&date=DESC.

Si votre état de santé se détériore durant votre isolement à la maison, téléphonez au 811 et informer l'infirmière que vous êtes atteint de la COVID-19.