

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

(Cette section est à remplir seulement si quelqu'un d'autre répond pour la personne atteinte de la COVID-19)

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 : _____

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)

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

Adresse de séjour (si case Sans domicile fixe cochée)

Adresse :

_____	_____
No civique	Rue
_____	_____
Ville	Code postal
_____	_____
Province	Pays

Adresse permanente (si case Hors Québec cochée)

Adresse :

_____	_____
No civique	Rue
_____	_____
Ville	Code postal
_____	_____
Province	Pays

Date de naissance :

AAAA-MM-JJ

Sexe : H F

Indéterminé

Numéro d'assurance maladie :

Téléphones

Résidentiel :

Cellulaire :

Bureau :

Poste :

Adresse courriel :

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier | <input type="checkbox"/> Clinique ou cabinet (ex. médical, dentaire) |
| <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) | <input type="checkbox"/> Résidence pour personnes âgées (RPA) |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Ressources intermédiaires (RI), Ressources non institutionnelle (RNI), Ressources de type familial (RTF) |
| <input type="checkbox"/> Premier répondant | <input type="checkbox"/> Centres de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation) |
| <input type="checkbox"/> Centre local de services communautaires (CLSC) | |

Veillez préciser votre occupation : _____

Travaillez-vous dans une école ou garderie?

Oui Non Inconnu

Travaillez-vous dans des services jugés essentiels?

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 les symptômes suivants reliés à la COVID-19?

Fièvre (38°C/100,4°F ou plus)

Oui Non Je ne sais pas

À quelle date avez-vous commencé la fièvre ?

_____ AAAA-MM-JJ

Frissons

Oui Non Je ne sais pas

À quelle date avez-vous commencé à avoir des frissons ?

_____ AAAA-MM-JJ

Toux

Oui Non Je ne sais pas

À quelle date avez-vous commencé à tousser ?

_____ AAAA-MM-JJ

Toux avec crachats (expectoration)

Oui Non Je ne sais pas

À quelle date avez-vous commencé à tousser avec crachats (expectoration) ?

_____ AAAA-MM-JJ

4- SYMPTÔMES (SUITE)

Mal de gorge À quelle date avez-vous commencé à avoir mal à la gorge ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Nez qui coule ou congestionné À quelle date avez-vous commencé à avoir le nez qui coule ou congestionné ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Essoufflement ou difficulté à respirer À quelle date avez-vous commencé à être essoufflé ou avoir de la difficulté à respirer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Nausées ou vomissements À quelle date avez-vous commencé à avoir des nausées ou des vomissements ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Diarrhée À quelle date avez-vous commencé à avoir de la diarrhée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Irritabilité/confusion À quelle date avez-vous commencé à ressentir de l'irritabilité/confusion ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Mal de tête À quelle date votre mal de tête a-t-il commencé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Fatigue ou faiblesse généralisée À quelle date avez-vous commencé à ressentir de la fatigue ou faiblesse généralisée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Douleur (muscles, poitrine, ventre ou articulations) À quelle date avez-vous commencé à avoir de la douleur (muscles, poitrine, ventre ou articulations) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ
Perte de l'odorat ou du goût À quelle date avez-vous commencé à avoir une perte de l'odorat ou du goût ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	_____
				AAAA-MM-JJ

4- SYMPTÔMES (SUITE)

Importante perte d'appétit

Oui Non Je ne sais pas

À quelle date avez-vous commencé à avoir une importante perte d'appétit ?

AAAA-MM-JJ

Autre(s) symptôme(s)

Oui Non Je ne sais pas

À quelle date avez-vous commencé à avoir d'autres symptômes ?

AAAA-MM-JJ

Si oui : Quels autres symptômes avez-vous eu ?

1 _____

2 _____

Je n'ai aucun symptôme (asymptomatique)

Oui Non Je ne sais pas

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

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes ou en l'absence de symptômes, depuis la date de votre prélèvement, avez-vous travaillé à l'extérieur de votre domicile ?

Oui Non

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes ou en l'absence de symptômes, depuis la date de votre prélèvement, avez-vous habité, travaillé ou visité l'un des milieux suivants ?

Résidence privée pour aînés (RPA)

Oui Non

Date de la dernière fréquentation :

AAAA-MM-JJ

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

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

Nom de la résidence : _____

Adresse :

No civique

Rue

Ville

Numéro de téléphone

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

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

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

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veillez 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

Refuge et aide pour sans-abri Oui Non

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

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veillez 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 Bénévolat Visité

Veillez spécifier les coordonnées du milieu carcéral ci-dessous

Nom du milieu carcéral : _____

Adresse : _____
No civique Rue
_____ Ville Numéro de téléphone

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

Autre milieu d'hébergement communautaire

Oui Non

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

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veillez spécifier les coordonnées du milieu d'hébergement communautaire ci-dessous

Nom du milieu d'hébergement communautaire : _____

Adresse : _____
No civique Rue

_____ Ville Numéro de téléphone

Centre hospitalier (CH)

Oui Non

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

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veillez spécifier les coordonnées du centre hospitalier (CH) ci-dessous

Nom du centre hospitalier (CH) : _____

Adresse : _____
No civique Rue

_____ Ville Numéro de téléphone

Centre local de services communautaires (CLSC)

Oui Non

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

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veillez spécifier les coordonnées du centre local de services communautaires (CLSC) ci-dessous

Nom du CLSC : _____

Adresse : _____
No civique Rue

_____ Ville Numéro de téléphone

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

Clinique ou cabinet (par exemple : médical, dentaire)

Oui Non

Date de la dernière fréquentation :

AAAA-MM-JJ

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veuillez spécifier les coordonnées de la clinique ou du cabinet ci-dessous

Nom de la clinique ou du cabinet :

Adresse :

No civique

Rue

Ville

Numéro de téléphone

**Ressources intermédiaires (RI), Ressources non institutionnelles (RNI),
Ressources de type familiale (RTF)**

Oui Non

Date de la dernière fréquentation :

AAAA-MM-JJ

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veuillez spécifier les coordonnées de la ressource ci-dessous

Nom de la ressource :

Adresse :

No civique

Rue

Ville

Numéro de téléphone

**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 Bénévolat Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du centre de réadaptation ci-dessous

Nom du centre de réadaptation :

Adresse :

No civique

Rue

Ville

Numéro de téléphone

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

Autre milieu du réseau de la santé

Oui Non

Date de la dernière fréquentation :

_____ AAAA-MM-JJ

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veillez spécifier les coordonnées du milieu ci-dessous

Nom du milieu :

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 : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veillez 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 Bénévolat Visité

Veillez 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

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

Commerce avec service à la clientèle

Oui Non

Date de la dernière fréquentation :

_____ AAAA-MM-JJ

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

Veuillez spécifier les coordonnées du commerce dans le tableau ci-bas

Nom du commerce :

Adresse :

_____ No civique

_____ Rue

_____ Ville

_____ Numéro de téléphone

Autre milieu

Oui Non

Date de la dernière fréquentation :

_____ AAAA-MM-JJ

Si oui : Habité Travaillé Bénévolat Visité

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

Nom du milieu :

Adresse :

_____ No civique

_____ Rue

_____ Ville

_____ Numéro de téléphone

6- CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS (À MOINS DE 2 MÈTRES OU 6 PIEDS ET PLUS DE 15 MINUTES)

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes ou en l'absence de symptômes, depuis la date de votre prélèvement, avec quelle(s) personne(s) avez-vous habité, eu des contacts intimes (partenaire sexuel) ou donné ou reçu des soins d'hygiène ?

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

(facultatif)

_____ AAAA-MM-JJ

Date du dernier contact :

_____ AAAA-MM-JJ

Téléphones

Résidentiel :

Cellulaire :

Adresse courriel :

6- CONTACTS ÉTROITS ET PROLONGÉS (À MOINS DE 2 MÈTRES OU 6 PIEDS ET PLUS DE 15 MINUTES) (SUITE)

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

Dans tous les cas, précisez : Habité (contact domiciliaire) Relation intime (partenaire sexuel) Donner ou reçu des soins d'hygiène

Autres contacts étroits et prolongés

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes ou en l'absence de symptômes, depuis la date de votre prélèvement, avec quelle(s) autre(s) personne(s) avez-vous eu des contacts étroits (à moins de 2 mètres ou 6 pieds) et prolongé (plus de 15 minutes) ?

Nom : _____ Prénom : _____

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

Téléphones Résidentiel : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

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

Dans tous les cas, précisez : Habité (contact domiciliaire) Relation intime (partenaire sexuel) Donner ou reçu des soins d'hygiène

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.

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

Transports collectifs

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes ou en l'absence de symptômes, depuis la date de votre prélèvement, avez-vous eu un contact étroit (à moins de 2 mètres ou 6 pieds) et prolongé (plus de 15 minutes) dans l'un des transports suivants?

Cochez la ou les réponses

- Taxi, UBER, etc.
- Transport adapté
- Transport collectif pour un trajet de plus de 15 minutes (autobus, train, etc.)
- Avion
- Bateau de croisière
- Autre
- Aucun de ces transports

Veuillez spécifier les coordonnées des transports dans la ou les sections ci-bas

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

Type de transport :

(référez-vous à la ou les cases
cochées ci-haut)

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)

Type de transport :

(référez-vous à la ou les cases
cochées ci-haut)

2

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)

Type de transport :

(référez-vous à la ou les cases
cochées ci-haut)

3

Nom de la compagnie de transport :

Identification du transport :

(Ex. : no de vol, no de licence, etc.)

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

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)

Type de transport :

(référez-vous à la ou les cases
cochées ci-haut)

4

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)

Endroits

Depuis 2 jours avant le début de vos symptômes ou en l'absence de symptômes, depuis la date de votre prélèvement, avec quelle(s) autre(s) personne(s) avez-vous eu un contact étroit (à moins de 2 mètres ou 6 pieds) et prolongé (plus de 15 minutes) dans l'un des endroits suivants?

Cochez la ou les réponses

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lieu d'activité sociale | <input type="checkbox"/> Lieu de culte (ex. église, synagogue, mosquée) |
| <input type="checkbox"/> Lieu de loisirs | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Lieu d'activité sportive | <input type="checkbox"/> Aucun de ces endroits |
| <input type="checkbox"/> Événement avec rassemblement
de plusieurs personnes (ex. : mariage) | |

Veillez 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)

Lieu d'activité sociale (Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue _____ Ville

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

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

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue _____ Ville

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

Lieu d'activité sportive (Veuillez spécifier les coordonnées des endroits cochés ci-haut)

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue _____ Ville

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

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

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue _____ Ville

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

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

Événement avec rassemblement de plusieurs personnes (ex. : mariage)

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

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue _____ Ville

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

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

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue _____ Ville

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

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (CONFIRMÉ PAR UN TEST DE LABORATOIRE)

À votre connaissance, dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes, avez-vous eu un contact étroit (à moins de 2 mètres ou 6 pieds) et prolongé (plus de 15 minutes) avec une personne atteinte de la COVID-19 (confirmé par un test de laboratoire) ?

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 : _____ Date du premier contact : _____
(facultatif) AAAA-MM-JJ AAAA-MM-JJ

Date du dernier contact : _____
AAAA-MM-JJ

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

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (CONFIRMÉ PAR UN TEST DE LABORATOIRE) (SUITE)

Milieu de votre contact (A)

A

- Milieu familial
- Milieu de travail (excluant les milieux de soins)
- Milieu de soins
 - Centre hospitalier (CH)
 - Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
 - Résidence pour personnes âgées (RPA)
 - Centre local de services communautaires (CLSC)
 - Ressources intermédiaires (RI), Ressources non institutionnelles (RNI), Ressources de type familiale (RTF)
 - Centre de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation)
 - Clinique ou cabinet (ex. médical, dentaire)
- Milieu inconnu
- Autre milieu Précisez : _____

Coordonnées de la personne avec qui vous avez eu contact (A)

A

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue

_____ Ville

Date du contact : _____

AAAA-MM-JJ

_____ Numéro de téléphone

Informations de la personne (B)

B

Nom : _____ Prénom : _____

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

Téléphone : _____ Date du dernier contact : _____
AAAA-MM-JJ

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

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (CONFIRMÉ PAR UN TEST DE LABORATOIRE) (SUITE)

Milieu de votre contact (B)

B

- Milieu familial
- Milieu de travail (excluant les milieux de soins)
- Milieu de soins
 - Centre hospitalier (CH)
 - Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
 - Résidence pour personnes âgées (RPA)
 - Centre local de services communautaires (CLSC)
 - Ressources intermédiaires (RI), Ressources non institutionnelles (RNI), Ressources de type familiale (RTF)
 - Centre de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation)
 - Clinique ou cabinet (ex. médical, dentaire)
- Milieu inconnu
- Autre milieu Précisez : _____

Coordonnées de la personne avec qui vous avez eu contact (B)

B

Nom du lieu : _____

_____ No civique, rue _____ Ville

Date du contact : _____ _____
AAAA-MM-JJ Numéro de téléphone

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes, avez-vous participé à un événement où se trouvait une personne atteinte de la COVID-19?

- 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 : _____

Lieu : _____

_____ No civique _____ Rue

8- CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19 (CONFIRMÉ PAR UN TEST DE LABORATOIRE) (SUITE)

Ville

Numéro de téléphone

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

Nom et prénom de la personne responsable
de l'événement

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes, avez-vous visité un lieu où se trouvait une personne atteinte de la COVID-19 ?

Oui Non, pas à ma connaissance Je ne sais pas

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

Informations du lieu visité

Lieu : _____

No civique

Rue

Ville

Numéro de téléphone

Date de la visite : _____
AAAA-MM-JJ

Y avait-il plus d'une personne atteinte à cet endroit ? Oui Non Je ne sais pas

9- AUTRES EXPOSITIONS À LA COVID-19

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes, avez-vous été exposé en laboratoire à du matériel biologique (p. 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

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

Informations sur le laboratoire

Nom du laboratoire : _____

No civique

Rue

Ville

Numéro de téléphone

9- AUTRES EXPOSITIONS À LA COVID-19 (SUITE)

Date de la visite : _____
AAAA-MM-JJ

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes, avez-vous voyagé à l'extérieur du Québec ?

Oui Non Je ne sais pas

Veuillez compléter les informations concernant votre ou vos voyages dans le tableau ci-bas

Informations sur le voyage (1^{er} voyage)

Destination: _____
Ville Pays

Date de départ : _____ Date de retour : _____
AAAA-MM-JJ AAAAA-MM-JJ

Informations sur le voyage (2^e voyage)

Destination: _____
Ville Pays

Date de départ : _____ Date de retour : _____
AAAA-MM-JJ AAAAA-MM-JJ

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes, avez-vous voyagé à l'intérieur du Québec (interrégionaux) ?

Oui Non Je ne sais pas

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

Informations sur le voyage interrégional

Aller

Destination: _____
Ville Province

Date de départ : _____ Date de retour : _____
AAAA-MM-JJ AAAAA-MM-JJ

Informations sur le voyage interrégional

Retour

Destination: _____
Ville Province

Date de départ : _____ Date de retour : _____
AAAA-MM-JJ AAAAA-MM-JJ

9- AUTRES EXPOSITIONS À LA COVID-19 (SUITE)

Dans les deux semaines précédant le début de vos symptômes, avez-vous eu un contact étroit (à moins de 2 mètres ou 6 pieds) et prolongé (plus de 15 minutes) avec une personne qui avait voyagé hors du pays et qui avait des symptômes de COVID-19 ?

Oui

Non

Je ne sais pas

10- COMPLICATIONS DE LA COVID-19

Avez-vous été hospitalisé (plus de 24 heures) en lien avec la COVID ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Pendant combien de jours avez-vous été hospitalisé ? _____

Avez-vous été admis aux soins intensifs ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Avez-vous été intubé ?

Oui

Non

Je ne sais pas

11- PROBLÈMES DE SANTÉ ANTÉRIEURS À LA COVID-19

Avez-vous ou prenez-vous des médicaments pour les problèmes de santé suivants?

Diabète

Oui

Non

Je ne sais pas

Maladie du cœur

Oui

Non

Je ne sais pas

Immunodéficience (problème du système immunitaire)

Oui

Non

Je ne sais pas

Problème de foie (ex. cirrhose)

Oui

Non

Je ne sais pas

Cancer

Oui

Non

Je ne sais pas

Problème de rein (ex. insuffisance rénale)

Oui

Non

Je ne sais pas

Maladie respiratoire (ex. asthme, emphysème)

Oui

Non

Je ne sais pas

Trouble neurologique ou neuromusculaire chronique (ex. sclérose en plaque, épilepsie)

Oui

Non

Je ne sais pas

Hypertension

Oui

Non

Je ne sais pas

Autres problèmes de santé

Oui

Non

Je ne sais pas

Précisez : _____

12- AUTRES INFORMATIONS DE SANTÉ

Poids (kg / lbs) _____

Taille (pieds / cm) _____

Êtes-vous fumeur?

Oui

Non

12- AUTRES INFORMATIONS DE SANTÉ (SUITE)

Avez-vous donné du sang, du plasma ou des plaquettes entre aujourd'hui et les 72 heures précédant le début des symptômes?

Oui Non Je ne sais pas

Dans le 14 derniers jours, avez-vous reçu des produits sanguins ?

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

13- QUESTIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Vous identifiez-vous comme :

Homme Femme Je ne sais pas Autres Je préfère ne pas répondre

Vous identifiez vous comme autochtone?

Oui Non Je préfère ne pas répondre

Vous identifiez vous comme:

Premières nations Métis Inuit Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre

Résidez-vous sur une réserve la plupart du temps ?

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous d'autres informations pertinentes à nous communiquer ?

1 _____

2 _____

3 _____

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.

Nous vous rappelons que vous devez rester en isolement à la maison pendant au moins 14 jours après le début de vos symptômes. Après ces 14 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 14 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 auto-soins – COVID-19 : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002491/?&txt=guide%20auto-soins&msss_valpub&date=DESC

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