

Columbia COVID-19 Questionnaire - VERSION 2.3

L'infection par COVID-19 est un défi majeur dans le monde. Vous participez à cette recherche parce que vous avez été infecté ou que vous avez peut-être été infecté par le virus COVID-19 (SARS-COV2). En répondant à ces questions sur votre expérience de la maladie virale, vous ferez partie de recherches importantes pour comprendre pourquoi certaines personnes contractent une maladie grave, tandis que d'autres contractent une maladie bénigne ou aucune. Cette enquête dure environ 15 minutes. Nous nous efforçons de recueillir rapidement ces informations, de partager des informations sans identifier qui vous êtes pour les chercheurs du monde entier et d'apprendre rapidement et ainsi d'aider les autres chercheurs et patients. Les enquêtes seront dépersonnalisées avant l'utilisation des données. Les coordonnées ne seront utilisées seulement pour un contact de suivi.

Nom:

Adresse électronique (e-mail):

Numéro de téléphone:

Code postal:

1. Veuillez sélectionner le choix le plus précis décrivant votre test pour le coronavirus?

- Oui, par prélèvement nasal, date du test _____
- Oui, par des tests d'anticorps sériques, date du test _____
- I je n'ai pas été testé, mais j'avais suspecté COVID
- Je n'ai pas été testé et je n'ai eu aucun symptôme
- Mon test a été négatif, date du test _____
- Je ne sais pas _____

2. Comment votre infection a-t-elle été traitée? (choisissez une réponse unique reflétant votre niveau de soins le plus élevé)

- Mon infection a été gérée à mon domicile.
- J'ai été vu à la clinique ou à la tente de dépistage, mais j'ai été renvoyé chez moi
- J'ai été vu aux urgences, mais j'ai été renvoyé chez moi
- J'ai été admis à l'hôpital
- J'étais dans une unité de soins intensifs

3. Depuis combien de temps étiez-vous malade?

- Premier jour des symptômes, date _____
- Dernier jour de symptômes, date _____
- Je ne sais pas / je ne me souviens pas

4. Veuillez décrire vos symptômes (cochez tous ceux qui s'appliquent):

- toux, pendant combien de jours ____
- fièvre, pendant combien de jours __, température la plus élevée _____
- essoufflement, pendant combien de jours _____
- douleur thoracique, pendant combien de jours _____
- sueurs nocturnes, pendant combien de jours _____
- éruption cutanée, pendant combien de jours _____
- fatigue
- maux de tête
- douleur musculaire
- nez qui coule
- mal de gorge
- diarrhée
- nausées ou vomissements
- douleurs abdominales
- urine mousseuse, pendant combien de jours _____
- Sang dans les urines pendant combien de jours _____
- perte partielle ou complète d'odeur, pendant combien de jours _____
- perte de goût partielle ou complète, pendant combien de jours _____
- perte de conscience
- convulsions

5. Si vous avez été hospitalisé, aviez-vous présenté ou bénéficié de ce qui suit? (Cochez toutes les cases correspondantes):

- Supplémentation en oxygène par canule nasale, pendant combien de jours _____
- Masque à oxygène, BIPAP ou CPAP, pour combien de jours _____
- Intubation avec ventilation artificielle, pendant combien de jours _____
- Problèmes rénaux nécessitant une dialyse, pendant combien de jours _____
- Problème cardiaque nécessitant un cathétérisme cardiaque
- Problème hépatique ou hépatite
- Caillots sanguins dans les jambes ou les poumons
- Choc septique nécessitant un maintien de la pression artérielle avec perfusions pour corriger l'hypotension
- Autres complications, veuillez préciser _____

6. Savez-vous si les médecins ont utilisé l'un des médicaments suivants pour traiter votre maladie COVID-19? (Sélectionnez tout ce qui s'y rapporte):

- Tylenol (acétaminophène)
- AINS (ibuprofène, aspirine, naproxène, célécoxib, diclofénac, indométacine, piroxicam)
- Hydroxychloroquine (Plaquenil) ou Chloroquine
- Azithromycine (Z-pack)
- Pepcid ou Famotidine
- Corticostéroïdes (prednisone, méthylprednisolone, dexaméthasone, hydrocortisone)
- Bloqueurs des IL-6 (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)
- Inhibiteurs de JAK (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- Remdesivir (GS-5735) ou un autre inhibiteur de protéase
- Tamiflu (oseltamivir) ou Xofluza (baloxavir marboxil)
- Médicaments contre le VIH [lopinavir / ritonavir, ténofovir (TDF, TAF)]
- Sofosbuvir
- Ribavirine
- Interféron Alpha
- Thérapie plasmatisée (anticorps de quelqu'un d'autre)
- Bronchodilatateurs (médicaments comme l'asthme)
- Je ne sais pas

7. Si vous avez été traité par l'hydroxychloroquine (Plaquenil), veuillez décrire si vous avez connu ce qui suit? (Sélectionnez tout ce qui s'y rapporte):

- Nausées ou vomissements
- Éruption cutanée rouge
- Éruption cutanée nécrosante sévère
- Maux de tête ou migraines
- Problèmes de vision ou cécité
- Sueurs nocturnes
- Insomnie
- Problèmes cardiaques
- Battements cardiaques anormaux ou arythmie
- Bourdonnement oreilles
- Sensation de picotements
- Perte de sensation dans les mains ou les pieds
- Saisies
- Perte de conscience ou évanouissement
- Entendre ou voir des choses qui n'existent pas
- Aucune de ces réponses

8. Avez-vous reçu une vaccination cette année contre les infections suivantes? (Cochez toutes les cases):

- Vaccin contre la grippe
- Vaccin contre le pneumocoque ou Pneumovax
- Vaccin antituberculeux (TB) (BCG) à tout moment de votre vie
- Aucune de ces réponses
- Je ne sais pas

9. Comment évalueriez-vous votre état de santé général avant l'infection?

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Juste
- Pauvre

10. Avez-vous déjà diagnostiqué ou traité l'une des maladies suivantes? (Cochez toutes les cases)

- Insuffisance cardiaque
- Crises cardiaques
- Fibrillation auriculaire, palpitations ou rythme cardiaque anormal
- Pacemaker implanté
- Arythmie ou arrêt cardiaque
- Insuffisance rénale chronique
- Protéine dans les urines
- Sang dans l'urine
- Insuffisance rénale nécessitant une dialyse
- Insuffisance rénale nécessitant une greffe de rein
- Maladie du foie ou cirrhose
- Insuffisance hépatique nécessitant une transplantation hépatique
- Insuffisance cardiaque nécessitant une transplantation cardiaque
- Asthme
- Obésité
- Apnée du sommeil
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Hypertension Artérielle pulmonaire
- Un autre trouble pulmonaire, lequel: _____
- Trouble neurologique (par exemple, Maladie de Charcot, Parkinson, Huntington)
- Démence
- Cancer
- Arthrose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Autre type d'arthrite inflammatoire, précisez _____
- Infections récurrentes de l'oreille / sinusite
- HIV
- Anémie
- Caillots sanguins antérieurs dans les jambes ou les poumons (Phlébites/Embolie)
- Recipient Bénéficiaire de la moelle osseuse
- Maladie thyroïdienne
- Lupus
- Sclérose en plaques
- Recto Collite Hemmoragique
- Maladie de Crohn
- Maladie coeliaque
- Fièvres périodiques / fréquentes
- Déficit immunitaire
- boutons de fièvre
- Herpès
- Verrues
- Molluscum
- Zona
- Eczéma
- Infections bactériennes récurrentes
- Allergies/Urticaire
- Rhume des foins

11. Avez-vous reçu un diagnostic de diabète?

- non
- non, glycémie élevée
- oui, diabète de type 1 (traité à l'insuline)

- oui, diabète de type 2 (souvent traité avec des pilules)
- oui, mais je ne connais pas le type
- oui, diabète gestationnel

12. Quels médicaments prescrits par un médecin utilisez-vous pour le diabète?

- pas de drogue
- insuline
- pilules
- insuline et pilules

13. Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'hypertension ou d'hypertension artérielle?

- non
- oui
- oui, mais uniquement pendant la grossesse

14. Avez-vous déjà utilisé des médicaments pour l'hypertension?

- non
- oui, quel médicament? _____

15. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez (si oui, indiquez l'âge):

- crise cardiaque, âge__
- AVC, âge__
- hémorragie crânienne, âge__
- pontage aortocoronarien, âge__
- cathétérisme cardiaque ou stent, âge__

16. Quand avez-vous utilisé les médicaments suivants pour la dernière fois? (veuillez remplir votre réponse pour chaque ligne).

	Aujourd'hui ou hier	Il y a 2 à 7 jours	Il y a 1 à 4 semaines	Il y a 1- 12 mois	Il ya plus d'un an	Jamais
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, naproxène, naproxène oxaprozine, Daypro, piroxicam, Feldene, salsalate, Disalate, sulidnac, tolmetin)						
Acétaminophène, Doliprane Tylenol, Dayquil, Nyquil, Excedrin, Sinutab.						
Médicaments contre l'asthme (bronchodilatateur Ventoline, albuterol)						
Cortico-stéroïdes oraux ou injectés (prednisone, méthylprednisolone, dexaméthasone, hydrocortisone)						
Corticostéroïdes inhalés (Advair, béclométhasone, budésonide, cyclésonide, flunisolide, fluticasone ou mométasone)						
Antihistaminiques (Benadryl, Claritin, Zyrtec)						
Antibiotiques						
Aspirine pour la prévention des crises cardiaques ou des accidents vasculaires cérébraux						
Médicaments antiplaquettaires autres que l'aspirine (par exemple, clopidogrel, Plavix, prasugrel, ticagrelor, cilostazol)						
Médicaments anticoagulants (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin ou similaire)						
Inhibiteurs de l'Enzyme de conversion pour l'hypertension artérielle (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinpril, etc.)						
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, etc.)						
Tacrolimus						
Cyclosporine						
Azathioprine						
Médicaments contre le cancer ou chimiothérapie						

Mycophenolate						
Injections pour maladies immunitaire telles que Enbrel, humira, actemra, anakinra, Xolair, dupixent						
Injections pour maladies immunitaire telles que infliximab (Remicade), rituximab, abatacept (Orencia), and belimumab (Benlysta)						
Lévothyroxine, un médicament pour la thyroïde						
Famotidine (Pepcid)						
Médicaments diabétiques : metformine						
L'inhibiteur de la pompe à protons oméprazole						
Un bêta-bloquant pour abaisser la tension artérielle (métoprolol, aténolol, tramadol,...)						
Un antidépresseur ou ISRS (sertraline, fluoxétine, citalopram, trazodone, escitalopram,...)						
Un opioïde pour soulager la douleur (hydrocodone,...)						
Médicaments contre le HIV (lopinavir / ritonavir, darunavir / ritonavir, fumarate de ténofovir disoproxil (TDF), fumarate de ténofovir alafénamide (TAF) et traitements combinés contenant ces agents)						

17. Avant Covid19, à quand remonte la dernière fois qu'un médecin vous a prescrit des antibiotiques?

- Durant le dernier mois
- L'année dernière
- Au cours des 5 dernières années
- Au cours des 10 dernières années
- Il y a plus de 10 ans
- Jamais

18. Pour quelle maladie le médecin vous a-t-il prescrit des antibiotiques la dernière fois que vous avez pris des antibiotiques?

- infection respiratoire (par exemple angine streptococcique, sinusite, bronchite, pneumonie)
- gastro-entérite, qui a provoqué des diarrhées et / ou des vomissements
- infection des voies urinaires
- infection de la peau ou infection d'une plaie
- autre fin
- je ne sais pas
- je n'ai jamais pris d'antibiotiques

19. Quelle a été la durée de votre antibiothérapie?

- 3 jours
- 7 jours
- 14 jours
- Plus de 14 jours
- je ne sais pas

20. À quelle fréquence attrapez-vous habituellement un rhume ?

- Jamais
- Une fois tous les 2 ans
- Une fois par an
- Deux fois par an de plus

21. Quel est votre groupe sanguin?

- A
- B
- AB
- 0
- je ne sais pas

- Rh positif
- Rh négatif
- je ne sais pas

22. Étiez-vous à l'étranger juste avant de tomber malade / d'être exposé à ou soupçonné d'être infecté par COVID-19

- non
 oui, pays: _____ dates exactes de voyage: _____

23. Combien de personnes vivent avec vous dans votre appartement / maison? Vous inclus (Remplissez 0 si aucun ne l'est)

- ___ moins de 3 ans
___ 3-6 ans
___ 7-17 ans
___ 18-64 ans
___ 65-79 ans
___ 80 ans ou plus

24. Dans quel type de domicile vivez-vous?

- Studio
 Appartement 1 chambre
 Appartement 2 chambres
 Appartement 3 chambres (ou plus)
 Maison de ville
 Maison indépendante
 Maison de retraite ou centre de réadaptation
 Sans-abri
 Je préfère ne pas répondre

25. Combien de personnes dans votre ménage ont été infectées ou présumées être infectées par COVID-19?

_____ gens

26. un des membres de votre famille a-t-il:

- été diagnostiqué avec COVID-19? relation: _____
 soupçonné d'avoir COVID-19? relation: _____
 été hospitalisé en raison de COVID-19? relation: _____
 décédé à cause de COVID-19? relation: _____

27. L'un des membres de votre famille souffre-t-il d'une déficience immunitaire ou d'un état immunitaire?

- Oui
 Non

28. Quelles sont les maladies présentes dans votre famille?

- cancer, précisez _____
 maladie cardiaque
 hypertension
 diabète
 maladie rénale, précisez _____
 autre, précisez _____

29. Au cours des 2 semaines précédant la maladie, à quelle fréquence portiez-vous un masque facial en public?

- jamais
 rarement
 habituellement
 toujours

30. Au cours des 2 semaines précédant la maladie, à quelle fréquence les personnes avec lesquelles vous vivez portaient-elles un masque facial en public?

- jamais
 rarement
 habituellement
 toujours

31. Au cours des 2 semaines précédant la maladie, à quelle fréquence avez-vous utilisé un gel désinfectant pour les mains?

- jamais
- rarement
- habituellement
- toujours

32. Au cours des 2 semaines précédant la maladie, à quelle fréquence les personnes avec qui vous vivez ont-elles utilisé un désinfectant pour les mains?

- jamais
- rarement
- habituellement
- toujours

33. Au cours des 2 semaines précédant la maladie, à quelle fréquence avez-vous consciemment tenté de respecter la distance sociale?

- jamais
- rarement
- habituellement
- toujours

34. Au cours des 2 semaines précédant la maladie, à quelle fréquence les personnes avec lesquelles vous vivez ont-elles consciemment tenté de respecter la distance sociale?

- jamais
- rarement
- habituellement
- toujours

35. Au cours des 2 semaines précédant la maladie, à quelle fréquence avez-vous quitté votre domicile?

- jamais
- 3 à 4 fois par semaine
- tous les jours
- plusieurs fois par jour

36. Des animaux domestiques vivent-ils dans votre ménage? Si oui, indiquez lesquels parmi les suivants:

- chien
- chat d'intérieur
- chat intérieur / extérieur
- autre: _____

37. À quand remonte la dernière fois que vous avez caressé un chien ou un chat avant de tomber malade?

- Un jour
- Une semaine
- Un mois
- Plus d'un mois
- Je ne me souviens pas

38. Au cours des deux semaines précédant la maladie, comment avez-vous acheté de l'épicerie?

- livraisons
- commande en ligne / retrait en magasin
- allé au magasin
- n'ai pas fait mes courses

39. Quel transport avez-vous pris au cours des deux semaines précédant la maladie? (Cochez toutes les cases)

- métro
- bus
- Uber / Lift / taxi, voiture de maître ou similaire
- avion
- voiture

40. Avez-vous pu faire du télétravail pour travailler au cours des deux semaines précédant la maladie?

- oui
- non
- NA (emploi perdu dans le cadre de COVID19)
- NA (sans emploi ou retraité avant la maladie)

41. Relatif aux membres de votre famille vivant dans ce ménage, quel est votre revenu annuel combiné, c'est-à-dire le revenu total avant impôt de toutes les sources gagné au cours de la dernière année?

- \$0 to \$9,999
- \$10,000 à \$14,999
- \$15,000 à \$19,999
- \$20,000 à \$34,999
- \$35,000 à \$49,999
- \$50,000 à \$74,999
- \$75,000 à \$99,999
- \$100,000 à \$199,999
- \$200,000 ou plus
- Je ne sais pas / je ne suis pas sûr.
- Je préfère ne pas répondre

42. Comment payez-vous normalement les soins de santé ?

- Assurance santé par mon travail
- Assurance contractée auprès d'Obamacare
- Medicare
- Medicaid
- Service de santé indien américain
- VA
- Non assuré
- Pas sûr / refusé

43. Quel est le plus haut niveau ou niveau de scolarité atteint?

- Pas de scolarité
- Moins de 8 ans
- 8 à 11 ans
- 12 ans ou terminé l'école secondaire
- Formation post secondaire nonuniversitaire (professionnelle ou technique)
- Collège
- Diplômé de l'Université
- Troisième cycle
- Je ne sais pas / pas sûr
- Préfère ne pas répondre

44. Y a-t-il un endroit où vous vous rendez habituellement lorsque vous êtes malade, si oui, où?

- Clinique ou centre de santé
- Cabinet médical ou HMO
- Salle d'urgence de l'hôpital
- Service hospitalier ambulatoire
- Un autre endroit (par exemple, guérisseur, botanica, acupuncture, etc.)
- Je ne vais pas au même endroit
- Je préfère ne pas répondre

45. Avez-vous passé un examen de santé de routine (bilan de santé) au cours de la dernière année?

- oui
- non
- pas sûr

46. Combien de temps vous faut-il pour vous rendre chez un professionnel de santé en cas de maladie?

- <10 minutes
- 10-30 minutes
- 30-60 minutes
- 1-2 heures
- >2 heures
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

47. Quel sexe vous a-t-on attribué à la naissance?

- Homme
- Femme
- Trans homme
- Trans femme
- Autre
- Je préfère ne pas répondre

48. Quelle est votre orientation sexuelle?

- Asexué
- Bisexuel
- Gay
- Lesbienne
- Hétéro (hétérosexuel)
- Pan-sexuel
- Queer
- Questionnement ou incertain
- Je préfère ne pas répondre

49. Quel âge avez-vous: _____ ans

50. Combien pesez-vous: _____ kg

51. Quelle est votre taille? _____ metre _____ cm

52. Quelle est votre origine ethnique / ascendance

- Hispanique ou latino
- Blanc - Européen
- Asiatique
- Noir
- Amérindien
- Insulaire du Pacifique
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

53. Quel est le niveau de votre activité physique habituelle?

- Je lis, regarde la télévision et exécute des tâches qui ne sont pas physiquement éprouvantes
- Je marche, fais du vélo ou suis physiquement actif plusieurs jours par semaine. Y compris entre autres activités: marche à pieds, chasse et travaux de jardinage légers
- Je pratique des sports d'endurance plusieurs heures par semaine. Y compris le jogging, le ski, l'haltérophilie, la gymnastique, la natation, les jeux de balle ou les travaux de jardinage physiquement éprouvants.
- Je m'entraîne quotidiennement pour des sports de compétition

54. Fumez-vous?

- Je n'ai jamais fumé régulièrement.
- J'avais l'habitude de fumer, mais j'ai arrêté.
- Je fume rarement.
- Je fume tous les jours. Combien de cigarettes en moyenne par jour: _____

55. Vapotez-vous?

- Je n'ai jamais vapoté régulièrement.
- J'avais l'habitude de vapoter, mais j'ai arrêté.
- Je ne vapote que rarement.
- Je vapote tous les jours.

56. À quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées?

- jamais
- une fois par mois ou moins souvent
- 2-4 fois par mois
- 2-3 fois par semaine
- 4 fois par semaine ou plus souvent

57. Lorsque vous pensez à votre consommation d'alcool habituelle au cours de la dernière année, combien buvez-vous habituellement en une semaine: _____

58. Quel est votre niveau d'éducation?

- École primaire / élémentaire
- Ecole professionnelle
- Lycée
- Collège / Baccalauréat
- Master ou supérieur

59. Quel est votre titre d'emploi: _____

60. Au cours de la dernière année, étiez-vous un travailleur de la santé?

- Oui
- Non

61. Au cours de la dernière année, avez-vous travaillé comme enseignant ou travaillé dans des services de garderie d'enfants?

- Oui
- Non

62. Au cours de la dernière année, avez-vous travaillé dans l'industrie des services alimentaires?

- Oui
- Non

63. Utilisez-vous quotidiennement les transports en commun (métro, train, bus)?

- Oui
- Non

64. Vous rendez-vous au travail en conduisant, en utilisant des taxis ou des services de co-voiturage?

- Oui
- Non

65. Au cours de la dernière semaine, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux, anxieux ou irritable?

- Pas du tout
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié des jours
- Presque tous les jours

66. Au cours de la dernière semaine, à quelle fréquence n'avez-vous pas pu cesser de vous inquiéter/de vous faire du souci?

- Pas du tout
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

67. De nombreux patients peuvent également ressentir de la solitude pendant cette période. À quelle fréquence vous êtes-vous senti seul durant la dernière semaine?

- Pas du tout
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié des jours
- Presque tous les jours

Pour les participants de moins de 18 ans, les parents doivent répondre aux questions suivantes au nom de l'enfant.

68. Votre enfant est-il né prématurément (avant 37 semaines)?

- Oui
- Non

69. Votre enfant a-t-il été allaité?

- Oui
- Non

70. Si oui, pendant combien de temps?

- 1 mois -12 mois
- >12 mois

Pour les femmes, les questions suivantes concernent les grossesses:

71. Êtes-vous enceinte ou avez-vous accouché au cours du dernier mois?

- Je suis actuellement enceinte
- J'ai livré au cours du dernier mois
- Non, je ne suis pas actuellement enceinte et je n'ai pas accouché récemment

72. Ma durée de gestation est :

- 6 à 14 semaines
- 14 à 24 semaines
- 24 à 32 semaines
- 32 à 36 semaines
- Plus de 36 semaines

73. Avez-vous eu des complications avec la grossesse depuis que vous avez contracté l'infection au COVID-19?

- Oui
- Non

74. Si oui, quelles complications avez-vous eues ?

- Fausse couche, si oui combien de fois _____
- Travail prématuré
- Pré-éclampsie
- Autre

75. Allaitiez-vous actuellement ?

- Oui
- Non

76. Combien d'enfants avez-vous mis au monde ? _____

S'il y a des membres de votre famille qui, selon vous, ont été infectés par COVID-19 et que vous aimeriez faire partie de cette étude, veuillez fournir leur nom et leurs coordonnées ci-dessous.

Nom:

Adresse e-mail:

Numéro de téléphone:

Nom:

Adresse e-mail:

Numéro de téléphone