

Non-hospitalisé (encercler):	Visite de base	7 jours	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé non USI (encercler):	Admission	7 jours/décharge	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé USI (encercler):	Séjour USI	7 jours post-décharge USI	1 mois post-décharge USI	3 mois post-décharge USI	6 mois post-décharge USI	12 mois post-décharge USI

## Formulaire C-1: Questionnaire des aidants

### 1. Quelle est votre relation avec le bénéficiaire de soins?

- Époux(se)/Conjoint
- Parents/Beaux-parents
- Fille/Fils
- Belle-fille/Beau-fils
- Frère ou sœur/demi-frère ou demi-sœur
- Ami(e)
- Autre lien de parenté
- Autre

### 2. Si vous n'êtes pas l'époux(se) du bénéficiaire de soins, quel est votre statut marital?

- Célibataire
- Marié(e)/Conjoint de fait/Partenaire
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

### 3. Vivez-vous actuellement avec le bénéficiaire de soins?

- Non
- Oui – temps partiel
- Oui – temps plein

### 4. Avez-vous déjà fourni des soins dans le passé? Non Oui

**Si oui** pour qui: \_\_\_\_\_ et pour combien de temps: \_\_\_\_\_ (mois)?

### 5. Votre statut d'emploi rémunéré a-t-il changé depuis l'hospitalisation du membre de votre famille?

- Non  Oui

**Si oui**, comment votre emploi rémunéré a-t-il changé? (choisir tous ceux qui s'appliquent)

- Arrêt de travail; spécifiez le travail précédent \_\_\_\_\_
- Changé de travail; spécifiez le nouveau travail \_\_\_\_\_
- A pris un congé sans solde pour \_\_\_\_\_ semaines
- A pris un congé payé pour \_\_\_\_\_ semaines
- Congédié

Non-hospitalisé (encercler):	Visite de base	7 jours	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé non USI (encercler):	Admission	7 jours/décharge	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé USI (encercler):	Séjour USI	7 jours post-décharge USI	1 mois post-décharge USI	3 mois post-décharge USI	6 mois post-décharge USI	12 mois post-décharge USI

- Diminué les heures de travail de \_\_\_\_\_ heures/semaines
- Augmenté les heures de travail de \_\_\_\_\_ heures/semaines
- A commencé à travailler à l'extérieur de la maison; spécifiez le nouveau travail  
\_\_\_\_\_
- A commencé une entreprise de la maison; spécifiez le type d'entreprise  
\_\_\_\_\_
- Autre (spécifiez): \_\_\_\_\_

6. a. Avez-vous des enfants?  Non  Oui  
Si oui, combien d'enfants? \_\_\_\_\_

b. Quels sont leurs âges? Enfant 1: \_\_\_\_\_ Enfant 2: \_\_\_\_\_ Enfant 3: \_\_\_\_\_  
Enfant 4: \_\_\_\_\_ Enfant 5: \_\_\_\_\_ Enfant 6: \_\_\_\_\_

7. Est-ce qu'il y a d'autres Aidants?

Oui  Non

**Si oui, qui:**

- Époux(se)/Conjoint
- Parents/Beaux-parents
- Fille/Fils
- Belle-fille/Beau-fils
- Frère ou soeur/demi-frère ou demi-soeur
- Ami(e)
- Autre parenté
- Autre

Non-hospitalisé (encrer):	Visite de base	7 jours	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé non USI (encrer):	Admission	7 jours/décharge	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé USI (encrer):	Séjour USI	7 jours post-décharge USI	1 mois post-décharge USI	3 mois post-décharge USI	6 mois post-décharge USI	12 mois post-décharge USI

## Form C-2: Échelle d'assistance pour l'aidant

Pour chacun des énoncés suivants, nous souhaitons connaître combien d'**assistance que vous donnez** à votre proche parent. Le chiffre 0 correspond à «pas du tout» d'aide et le chiffre 6 correspond à «beaucoup» d'aide.

**Étant donné que votre proche parent a été admis dans une unité de soins intensifs**, répondez à chaque question pour indiquer votre expérience.

1. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne le **transport** (par exemple pour aller et revenir de l'hôpital)?

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout						Beaucoup

2. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui **concerne l'administration des médicaments et les traitements?**

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout						Beaucoup

3. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne la **gestion bancaire et financière?**

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout						Beaucoup

4. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne la **prise des repas?**

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout						Beaucoup

5. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne l'**habillement?**

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout						Beaucoup

6. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne l'**apparence** (par exemple : brossage des cheveux, des dents) ?

Non-hospitalisé (encercler): Visite de base 7 jours 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé non USI (encercler): Admission 7 jours/décharge 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé USI (encercler): Séjour USI 7 jours post-décharge USI 1 mois post-décharge USI

3 mois post-décharge USI 6 mois post-décharge USI 12 mois post-décharge USI

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

7. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne les **lieux d'aisances** (par exemple : aide pour aller à la toilette)?

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

8. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne le **bain**?

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

9. Combien d'aide avez-vous apporté pour la **mobilité** (par exemple : marche, déplacement quotidien)?

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

10. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne les **transferts d'un endroit à l'autre** (par exemple : du lit au fauteuil, du fauteuil aux lieux d'aisances)?

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

11. Combien d'aide avez-vous apporté lors des **changements émotionnels** (par exemple : pleurs, sautes d'humeur)?

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

12. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne les **communications** (téléphone, écriture, lecture et explication)?

0 1 2 3 4 5 6

Non-hospitalisé (encercler): Visite de base 7 jours 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé non USI (encercler): Admission 7 jours/décharge 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé USI (encercler): Séjour USI 7 jours post-décharge USI 1 mois post-décharge USI

3 mois post-décharge USI 6 mois post-décharge USI 12 mois post-décharge USI

Pas du tout

Beaucoup

13. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne la **coordination des visites médicales ou services de santé** (prise de rendez-vous, organisation des transports, location de matériel et de services et recherche d'aide extérieure)?

0

1

2

3

4

5

6

Pas du tout

Beaucoup

14. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne les **communications avec les professionnels de la santé**?

0

1

2

3

4

5

6

Pas du tout

Beaucoup

15. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne la **surveillance de l'état de santé de votre proche parent** (prise du poids, tension artérielle etc)?

0

1

2

3

4

5

6

Pas du tout

Beaucoup

16. Combien d'aide avez-vous apporté en ce qui concerne les **travaux ménagers** (par exemple : entretien de la maison, jardinage)?

0

1

2

3

4

5

6

Pas du tout

Beaucoup

17. Combien d'aide avez-vous apporté lors des **problèmes de comportement de votre proche parent** (par exemple : irritabilité, pensées irrationnelles)?

0

1

2

3

4

5

6

Pas du tout

Beaucoup

Non-hospitalisé (encercler):	Visite de base	7 jours	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé non USI (encercler):	Admission	7 jours/décharge	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé USI (encercler):	Séjour USI	7 jours post-décharge USI	1 mois post-décharge USI	3 mois post-décharge USI	6 mois post-décharge USI	12 mois post-décharge USI

### Form C-3: Mesure des conséquences pour l'aidant

Les énoncés suivants ont pour but de nous indiquer à quel point vos responsabilités d'aidant **interfèrent** certains aspects de votre vie. VEUILLEZ ENCERCLER LE NUMÉRO QUI CORRESPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION ACTUELLE. Dans le cas où la question ne vous concerne pas, veuillez encercler le chiffre (0). N'oubliez pas de répondre à toutes les questions. Merci de votre collaboration.

À quel point vos responsabilités d'aidant **interfèrent**:

**1. Votre santé.**

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

**2. Votre régime alimentaire (ce que vous mangez et buvez)**

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

**3. Votre emploi**

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

**4. Vos responsabilités ménagères (nettoyage de la maison, du jardin, etc.)**

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

**5. Vos activités récréatives (par exemple : sports)**

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

**6. Vos loisirs (par exemple : lecture, musique, cinéma)**

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

Non-hospitalisé (encercler): Visite de base 7 jours 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé non USI (encercler): Admission 7 jours/décharge 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé USI (encercler): Séjour USI 7 jours post-décharge USI 1 mois post-décharge USI

3 mois post-décharge USI 6 mois post-décharge USI 12 mois post-décharge USI

**7. Votre situation financière**

0 1 2 3 4 5 6  
 Pas du tout Beaucoup

**8. Votre relation avec votre conjoint(e)**

0 1 2 3 4 5 6  
 Pas du tout Beaucoup

**9. Votre vie sexuelle**

0 1 2 3 4 5 6  
 Pas du tout Beaucoup

**10. Vos relations familiales**

0 1 2 3 4 5 6  
 Pas du tout Beaucoup

**11. Vos relations sociales**

0 1 2 3 4 5 6  
 Pas du tout Beaucoup

**12. Votre libre expression/ cheminement personnel**

0 1 2 3 4 5 6  
 Pas du tout Beaucoup

**13. Votre vie religieuse**

0 1 2 3 4 5 6  
 Pas du tout Beaucoup

Non-hospitalisé (encercler): Visite de base 7 jours 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé non USI (encercler): Admission 7 jours/décharge 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé USI (encercler): Séjour USI 7 jours post-décharge USI 1 mois post-décharge USI

3 mois post-décharge USI 6 mois post-décharge USI 12 mois post-décharge USI

**14. Votre implication communautaire (bénévolat)**

0 1 2 3 4 5 6  
Pas du tout Beaucoup

Non-hospitalisé (encercler): Visite de base 7 jours 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé non USI (encercler): Admission 7 jours/décharge 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé USI (encercler): Séjour USI 7 jours post-décharge USI 1 mois post-décharge USI

3 mois post-décharge USI 6 mois post-décharge USI 12 mois post-décharge USI

## Form C-4: Épanouissement personnel

Il arrive que certaines personnes prenant soin de leurs proches en apprennent un peu plus sur elles mêmes. Et vous?

Avez-vous...

### 1. Pris conscience de forces que vous ignoriez?

1  
Pas du tout

2  
Un peu

3  
Assez

4  
Beaucoup

### 2. Gagné de l'assurance?

1  
Pas du tout

2  
Un peu

3  
Assez

4  
Beaucoup

### 3. Grandi en tant que personne?

1  
Pas du tout

2  
Un peu

3  
Assez

4  
Beaucoup

### 4. Appris de nouvelles choses?

1  
Pas du tout

2  
Un peu

3  
Assez

4  
Beaucoup

Non-hospitalized (circle):	Baseline	7 days	1 month	3 months	6 months.	12 months
Hospitalized non-ICU (circle):	Admission	7 days/discharge	1 month	3 months	6 months	12 months
Hospitalized ICU (circle):	ICU Stay	7 days post-ICU discharge	1 month post-ICU discharge			
		3 months post-ICU discharge	6 months post-ICU discharge	12 months post-ICU discharge		

## Form C-5: Échelle de contrôle/maîtrise

À quel point êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants :

### 1. Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.

1	2	3	4
Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord

### 2. Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.

1	2	3	4
Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord

### 3 . Il y a peu de chance que vous puissiez changer la majorité des choses importantes de votre vie

1	2	3	4
Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord

### 4. Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.

1	2	3	4
Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord

### 5. Parfois vous sentez que vous vous faites malmené par la vie.

1	2	3	4
Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord

### 6. Ce que l'avenir vous réserve dépend en grande partie de vous.

1	2	3	4
---	---	---	---

Non-hospitalized (circle):	Baseline	7 days	1 month	3 months	6 months.	12 months
Hospitalized non-ICU (circle):	Admission	7 days/discharge	1 month	3 months	6 months	12 months
Hospitalized ICU (circle):	ICU Stay	7 days post-ICU discharge	1 month post-ICU discharge			
		3 months post-ICU discharge	6 months post-ICU discharge	12 months post-ICU discharge		

Fortement  
en  
désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement  
d'accord

**7. Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire.**

1  
Fortement  
en  
désaccord

2  
En désaccord

3  
D'accord

4  
Fortement  
d'accord

Non-hospitalized (circle): Baseline 7 days 1 month 3 months 6 months. 12 months

Hospitalized non-ICU (circle): Admission 7 days/discharge 1 month 3 months 6 months 12 months

Hospitalized ICU (circle): ICU Stay 7 days post-ICU discharge 1 month post-ICU discharge

3 months post-ICU discharge 6 months post-ICU discharge 12 months post-ICU discharge

## Form C-6: MOS- Questionnaire sur le soutien social

Voici quelques questions se rapportant au soutien vous étant disponible

Environ combien d'amis ou de proches parents avez-vous (personnes avec qui vous vous sentez suffisamment à l'aise pour vous confier)

Écrivez le nombre d'amis ou de proches parents : \_\_\_\_\_

	Jamais	Très peu souvent	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
1. Quelqu'un pour vous aider si vous étiez alité(e)	1	2	3	4	5
2. Quelqu'un sur lequel (laquelle) vous pouvez compter lorsque vous avez besoin d'une oreille attentive	1	2	3	4	5
3. Quelqu'un qui vous donnera de bons conseils en période de stress)	1	2	3	4	5
4. Quelqu'un pour vous accompagner chez le médecin si vous devez vous y rendre	1	2	3	4	5
5. Quelqu'un qui vous démontre de l'amour et de l'affection	1	2	3	4	5
6. Quelqu'un avec qui passé de bons moments	1	2	3	4	5
7. Quelqu'un qui vous donnera de l'information pour vous aider à comprendre une situation	1	2	3	4	5
8. Quelqu'un à qui vous pouvez confier vos problèmes et parler de vous-même	1	2	3	4	5
9. Quelqu'un qui vous sert dans ses bras	1	2	3	4	5
10. Quelqu'un qui vous accompagne dans vos moments de détente	1	2	3	4	5
11. Quelqu'un qui vous préparerait vos repas si vous étiez dans l'incapacité de le faire	1	2	3	4	5
12. Quelqu'un dont les conseils vous sont précieux	1	2	3	4	5
13. Quelqu'un avec qui vous faites des activités pour vous distraire, vous faire oublier vos préoccupations	1	2	3	4	5
14. Quelqu'un pour vous aider avec vos tâches journalières si vous étiez indisposé(e)	1	2	3	4	5
15. Quelqu'un avec qui partager vos tracas et vos peurs les plus intimes	1	2	3	4	5
16. Quelqu'un vers qui se retourner pour obtenir des suggestions dans le but	1	2	3	4	5

Non-hospitalized (circle):      Baseline    7 days                    1 month    3 months    6 months.    12 months

Hospitalized non-ICU (circle):    Admission    7 days/discharge    1 month    3 months    6 months    12 months

Hospitalized ICU (circle):        ICU Stay    7 days post-ICU discharge    1 month post-ICU discharge

3 months post-ICU discharge    6 months post-ICU discharge    12 months post-ICU discharge

de composer avec vos problèmes personnels					
17. Quelqu'un avec qui vous partagerez vos moments de loisirs	1	2	3	4	5
18. Quelqu'un qui comprend vos problèmes	1	2	3	4	5
19. Quelqu'un à aimer et de qui vous faire sentir désiré(e)	1	2	3	4	5

## Form R-14: Complementary and Alternative Medicine / Health Care Use Questionnaire (CMU) (version 30June2020)

**Visite/questionnaire de base:** Répondez aux questions en pensant à  **votre usage dans les 12 derniers mois**  avant votre (ou celui de votre bénéficiaire de soins) diagnostic/maladie de la COVID-19.

**Questionnaire de suivis:** Répondez aux questions en pensant à votre usage depuis votre dernier questionnaire.

Non-hospitalized (circle):	Baseline	7 days	1 month	3 months	6 months	12 months
Hospitalized non-ICU (circle):	Admission	7 days/discharge	1 month	3 months	6 months	12 months
Hospitalized ICU (circle):	ICU Stay	7 days post-ICU discharge	1 month post-ICU discharge			
		3 months post-ICU discharge	6 months post-ICU discharge	12 months post-ICU discharge		

**A. Avez-vous vu l'un des fournisseurs suivants ou reçu l'un des services suivants (cochez tous ceux qui s'appliquent):**

Fournisseur de soins	
Chiropracteur/Manipulation	<input type="checkbox"/>
Naturopathe	<input type="checkbox"/>
Acupuncteur/Acupuncture	<input type="checkbox"/>
Massothérapie	<input type="checkbox"/>
Homéopathe	<input type="checkbox"/>
Praticien de Reiki	<input type="checkbox"/>
Réflexologie	<input type="checkbox"/>
Praticien de médecine autochtone	<input type="checkbox"/>
Praticien de médecine ayurvédique	<input type="checkbox"/>
Praticien de médecine chinoise	<input type="checkbox"/>
Herboriste	<input type="checkbox"/>
Guérisseur spirituel/guérison spirituelle	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez): _____	<input type="checkbox"/>

**B. Avez-vous pris l'un des produits de santé naturels suivants (cochez tous ceux qui s'appliquent):**

Produits de santé naturel	
---------------------------	--

Non-hospitalized (circle):      Baseline      7 days      1 month      3 months      6 months.      12 months

Hospitalized non-ICU (circle):      Admission      7 days/discharge      1 month      3 months      6 months      12 months

Hospitalized ICU (circle):      ICU Stay      7 days post-ICU discharge      1 month post-ICU discharge

3 months post-ICU discharge      6 months post-ICU discharge      12 months post-ICU discharge

Vitamines, minéraux et plantes médicinales	
Vitamine A	<input type="checkbox"/>
----- Vitamine C	<input type="checkbox"/>
----- Vitamine D	<input type="checkbox"/>
----- Vitamine B12	<input type="checkbox"/>
----- Complexe de vitamine B	<input type="checkbox"/>
----- Biotine	<input type="checkbox"/>
----- Vitamine K	<input type="checkbox"/>
----- Magnésium	<input type="checkbox"/>
----- Zinc	<input type="checkbox"/>
----- Curcuma	<input type="checkbox"/>
----- Autre (spécifiez):	<input type="checkbox"/>
-----	
Médicaments homéopathiques	<input type="checkbox"/>
Médicaments chinois	<input type="checkbox"/>
Médicaments indigènes	<input type="checkbox"/>
Médicaments ayurvédiques	<input type="checkbox"/>
Probiotiques et/ou Prébiotiques	<input type="checkbox"/>
Autres produits, tels que les acides aminés et les acides gras essentiels	
Oméga 3	<input type="checkbox"/>
----- Glucosamine	<input type="checkbox"/>
----- Collagène	<input type="checkbox"/>
----- Poudre de protéine	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez):	<input type="checkbox"/>

**C. Avez-vous participé à l'une des pratiques d'auto-assistance suivantes (cochez tous ceux qui s'appliquent):**

Non-hospitalized (circle):	Baseline	7 days	1 month	3 months	6 months.	12 months
Hospitalized non-ICU (circle):	Admission	7 days/discharge	1 month	3 months	6 months	12 months
Hospitalized ICU (circle):	ICU Stay	7 days post-ICU discharge	1 month post-ICU discharge	3 months post-ICU discharge	6 months post-ICU discharge	12 months post-ICU discharge

Pratique	
Pleine conscience	<input type="checkbox"/>
Méditation	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>
Pilates	<input type="checkbox"/>
Excentriques	<input type="checkbox"/>
Qigong	<input type="checkbox"/>
Tai Chi	<input type="checkbox"/>
Techniques de relaxation	<input type="checkbox"/>
Visualisation	<input type="checkbox"/>
Participation à une cérémonie de guérison traditionnelle	<input type="checkbox"/>
Prier pour sa propre santé	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez):	<input type="checkbox"/>

**D. Avez-vous participé régulièrement à l'un des exercices suivants (cochez tous ceux qui s'appliquent):**

Practice	
Musculation	<input type="checkbox"/>
Entraînement d'équilibre	<input type="checkbox"/>
Entraînement aérobic (courir, cyclisme, etc...)	<input type="checkbox"/>
Danse (Zumba, Danse en ligne, Classique etc)	<input type="checkbox"/>
Boxe / Taekwondo/ Judo/ Kung Fu	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez):	<input type="checkbox"/>

**CANCOV**

Numéro d'identification du participant \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(Site)

(Numéro du participant)

Non hospitalisé (encercler): Visite de base 7 jours 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé non USI (encercler): Admission 7 jours/décharge 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Hospitalisé USI (encercler): Séjour USI 7 jours post-décharge USI 1 mois post-décharge USI

3 mois post-décharge USI 6 mois post-décharge USI 12 mois post-décharge USI

**Commentaires:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---