

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 P-1: The Simple "FRAIL" Questionnaire

Visite de base: Veuillez répondre au questionnaire en pensant à votre santé avant votre diagnostic/maladie de la COVID-19.

Suivi: Veuillez répondre au questionnaire en pensant à votre santé actuelle. Veuillez cocher pour indiquer "oui".

The Simple "FRAIL" Questionnaire Screening Tool	
Fatigue: Êtes-vous fatigué(e)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Résistance: Ne peut pas monter un seul étage à pied?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aérobic: Ne peut pas marcher d'un coin de rue à l'autre?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies: Avez-vous plus de cinq maladies?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Perte de poids: Avez-vous perdu plus de 5% de votre poids corporel au cours des derniers 6 mois?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
From Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, et al.	

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 P-2: SARC-F Screen for Sarcopenia (SARC-F)

Visite de base: Veuillez répondre au questionnaire en réfléchissant à votre santé avant votre diagnostic/maladie de la COVID-19.

Suivi: Veuillez répondre au questionnaire en réfléchissant à votre santé actuelle.

SARC-F Screen for Sarcopenia (Loss of Muscle)		
Composante	Question	Score
Force	Avez-vous des difficultés pour lever et transporter 4,5kg?	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup ou incapable
Trouble de la marche	Avez-vous des difficultés pour traverser une pièce?	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup ou incapable
Lever d'une chaise	Avez-vous des difficultés pour vous lever d'une chaise ou d'un lit	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup ou incapable
Montée des escaliers	Avez-vous des difficultés pour monter 10 marches	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup ou incapable
Chutes	Combien de fois êtes-vous tombé dans les 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Pas de chute <input type="checkbox"/> 1 à 3 chutes <input type="checkbox"/> 4 ou plus chutes
De MalmstromTK, Morley JE. J Frailty and Aging 2013;2:55-6.		

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

Form P-3: Simplified Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)

Visite de base: Veuillez répondre au questionnaire en réfléchissant à votre santé avant votre diagnostic/maladie de la COVID-19.

Suivi: Veuillez répondre au questionnaire en réfléchissant à votre santé actuelle.

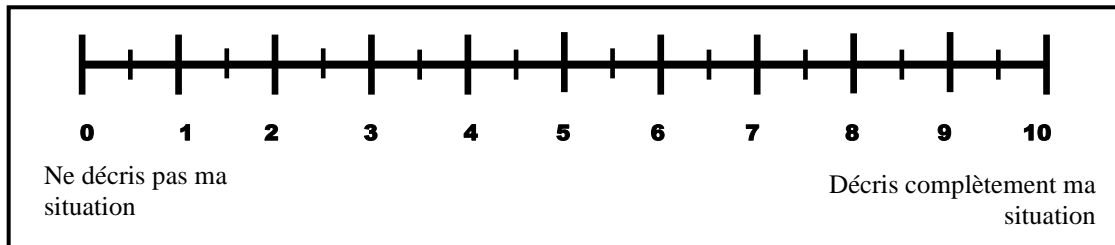
The SNAQ (Simplified Nutritional Assessment Questionnaire)	
Mon appétit est	a. très faible <input type="checkbox"/> b. faible <input type="checkbox"/> c. moyen <input type="checkbox"/> d. bon <input type="checkbox"/> e. très bon <input type="checkbox"/>
La nourriture a un goût	a. très mauvais <input type="checkbox"/> b. mauvais <input type="checkbox"/> c. moyen <input type="checkbox"/> d. bon <input type="checkbox"/> e. très bon <input type="checkbox"/>
Quand je mange	a. Je me sens plein(e) après quelques bouchées <input type="checkbox"/> b. Je me sens plein(e) après avoir mangé un tiers d'un repas <input type="checkbox"/> c. Je me sens plein(e) après avoir mangé plus de la moitié d'un repas <input type="checkbox"/> d. Je me sens plein(e) après avoir mangé la plupart d'un repas <input type="checkbox"/> e. Je me sens rarement plein(e) <input type="checkbox"/>
Normalement je mange	a. Moins d'un repas par jour <input type="checkbox"/> b. Un repas par jour <input type="checkbox"/> c. Deux repas par jour <input type="checkbox"/> d. Trois repas par jour <input type="checkbox"/> e. Plus de trois repas par jour <input type="checkbox"/>
From Wilson et al. Am J Clin Nutr 2005;82:1074-81.	

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

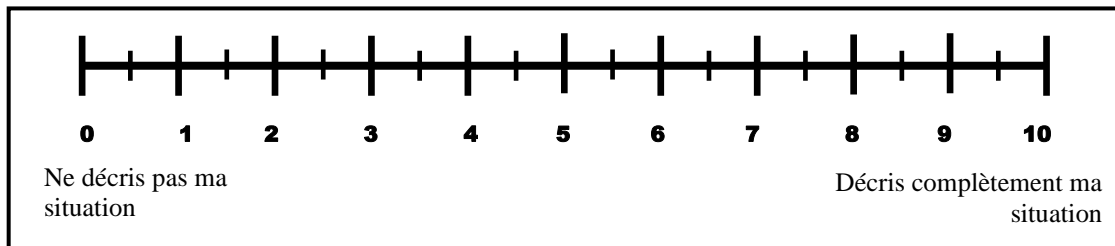
Form P-4: Reintegration to Normal Living Index (RNLI)

Veuillez encercler la réponse qui correspond le mieux à votre situation personnelle aujourd'hui.

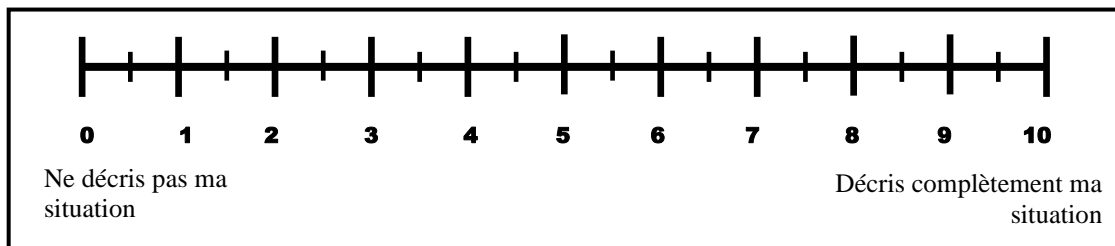
(1) Je me déplace autant que je le veux dans mon logement.



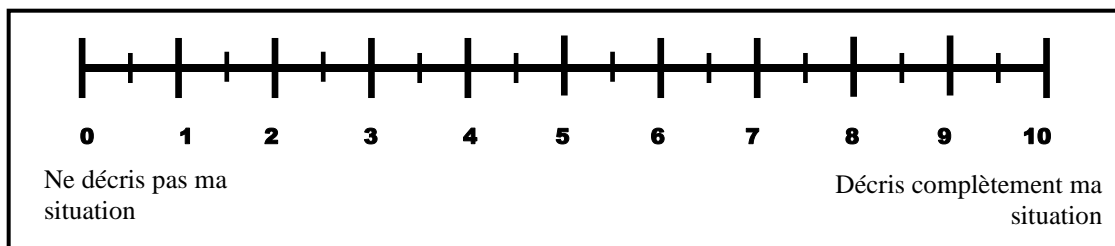
(2) Je me déplace autant que je le veux dans mon entourage.



(3) Je suis apte à voyager à l'extérieur de la ville autant que je le désire.

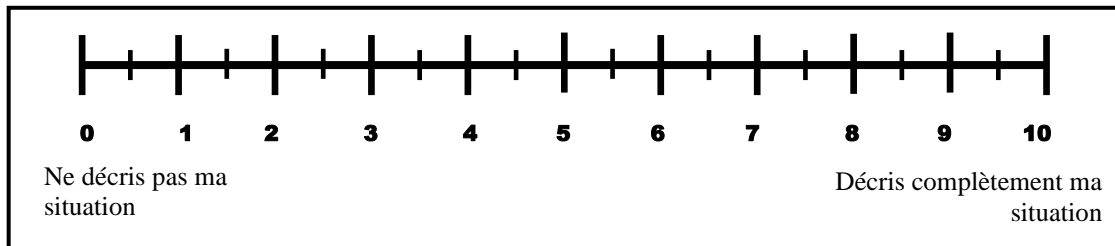


(4) Je suis satisfait(e) de la façon dont mes soins personnels sont accomplis. (m'habiller, me laver, me nourrir)

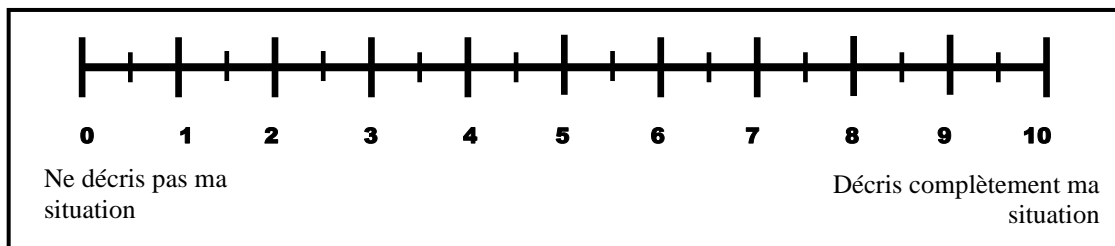


Non-hospitalisé (encercler):	Visite de base	7 jours	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé non USI (encercler):	Admission	7 jours/décharge	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Hospitalisé USI (encercler):	Séjour USI	7 jours post-décharge USI	1 mois post-décharge USI			
		3 mois post-décharge USI	6 mois post-décharge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

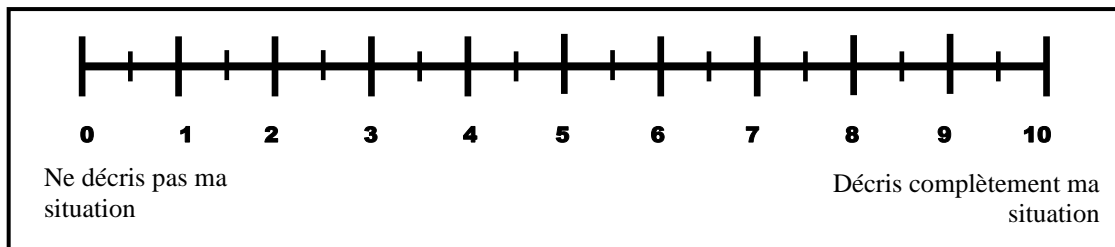
(5) La plupart de mes journées sont consacrées à une activité qui m'est nécessaire ou importante. (ménage, bénévolat, études, emplois).



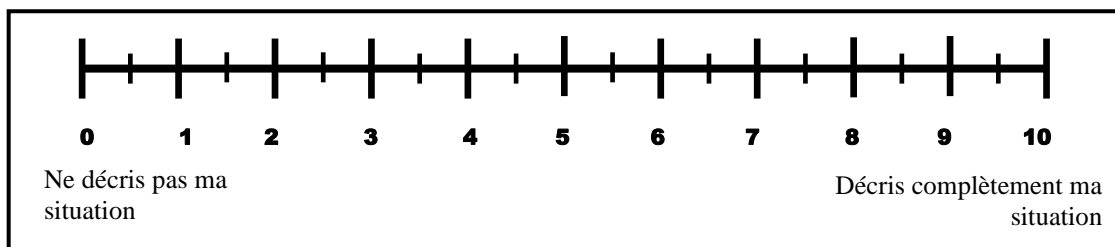
(6) Je participe aux activités récréatives selon mon désir (passe-temps, sports, artisanat, lecture, télévision, jeux, ordinateurs, etc.)



(7) Je participe aux activités sociales autant que je le veux (avec la famille, des amis ou des gens du travail).



(8) Dans le milieu familial, je maintiens un rôle qui répond à mes besoins et les besoins des membres de ma famille (famille se rapporte aux gens avec qui vous habitez ou vous n'habitez pas mais que vous voyez de façon régulière).



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 P-5: COVID-19 Stigma Scale (Modified Stigma Scale)

INSTRUCTIONS: Vous trouverez ci-dessous une liste de réflexions que les gens ont parfois sur les maladies infectieuses comme la COVID-19. Veuillez lire attentivement chacun des énoncés, puis encercler l'un des chiffres dans l'encadré de droite pour indiquer ce qui correspond à vos croyances.

Certaines personnes ne veulent peut-être pas manger ou boire avec des amis qui ont eu la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes se sentent mal à l'aise d'être à proximité de personnes atteintes de la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Si une personne avait la COVID-19, certains membres de la communauté se comporteraient différemment envers cette personne pour le reste de sa vie.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes ne veulent pas que les personnes atteintes de la COVID-19 jouent avec leurs enfants	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes gardent leurs distances avec les personnes atteintes de la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes pensent que les personnes atteintes de la COVID-19 sont dégoûtantes	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes ne veulent pas parler à d'autres atteints de la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes ont peur des personnes atteintes de la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes essaient de ne pas toucher les autres atteints de la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes peuvent ne pas vouloir manger ou boire avec des proches qui ont eu la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes préfèrent ne pas avoir de personnes atteintes de la COVID-19 vivant dans leur communauté	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 sont blessées par la façon dont les autres réagissent en apprenant qu'ils ont eu la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 ont perdu des amis quand ils ont partagé avec eux qu'ils ont eu la COVID-19	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord

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

Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 se sentent seuls.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 se tiennent à distance des autres pour éviter de propager les germes de la COVID-19.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 ont peur de dire aux autres en dehors de leur famille qu'ils ont eu la COVID-19.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 ont peur d'aller à la clinique de COVID-19 parce que d'autres personnes les pourraient les voir.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 se sentent coupables parce que leur famille avait le fardeau de prendre soin d'eux.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 vont choisir soigneusement les personnes à qui ils vont dire qu'ils ont eu la COVID-19.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 se sentent coupables d'avoir eu la COVID-19.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord
Certaines personnes qui ont eu la COVID-19 ont peur de dire à leur famille qu'ils ont eu la COVID-19.	1. Fortement d'accord 2. D'accord 3. Neutre 4. En désaccord 5. Fortement en désaccord

Modified from: Van Rie A et al. Trop Med Int Health 2008; 13(1):21-30

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 P-6: RAND 36-Item Short Form Health Survey 1.0 (SF-36v1)

Instructions pour compléter le questionnaire

Veillez lire attentivement chaque question et répondez ci-dessous. Certaines questions sont similaires mais elles ne sont pas les mêmes.

1. En règle générale, diriez-vous que votre état de santé est :

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Satisfaisant
- Mauvaise

2. Par rapport à il y a un an, comment évalueriez-vous en général votre état de santé actuel?

- Bien mieux qu'il y a un an
- Un peu mieux qu'il y a un an
- À peu près pareil
- Un peu moins bon qu'il y a un an
- Bien plus pire qu'il y a un an

Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez exercer au cours d'un jour ordinaire. Votre **état de santé vous limite-t-il actuellement** dans ces activités? Si oui, à quel point?

	Oui, grandes limitations	Oui, petites limitations	Non, aucune limitation
3. Activités physiques intenses : courir, soulever des objets lourds, pratiquer des sports ardu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Pour soulever ou transporter des sacs d'épicerie.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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			

6. Pour monter **plusieurs** étages à pied. 1 2 3
7. Pour monter **un** étage à pied. 1 2 3
8. Se pencher, s'agenouiller ou s'accroupir. 1 2 3
9. Marcher **plus d'un kilomètre et demi**. 1 2 3
10. Marcher plusieurs pâtés de maisons 1 2 3
11. Marcher un pâté de maisons 1 2 3
12. Prendre un bain ou s'habiller. 1 2 3

Au cours des **quatre dernières semaines**, avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou au cours d'autres activités quotidiennes **en raison de votre état de santé physique?**

- | | Oui | Non |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 13. Réduction du temps passé au travail ou à d'autres activités. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 14. Moins de choses accomplies par rapport à ce que vous auriez voulu. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 15. Limitation quant au type de travail ou d'autres activités. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 16. Difficultés à accomplir le travail ou d'autres activités (par exemple, effort supplémentaire). | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Au cours des **quatre dernières semaines**, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou au cours d'autres activités quotidiennes **en raison de tout problème affectif** (comme un état dépressif ou de l'anxiété)?

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 17. Réduction du temps passé au travail ou à d'autres activités. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 18. Moins de choses accomplies par rapport à ce que vous auriez voulu. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 19. Travail ou autre activité accomplis moins soigneusement que d'habitude. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

20. Au cours des **quatre dernières semaines**, dans quelle mesure vos problè,es physiques ou affectifs ont-ils perturbé le cours normal de vos activités sociales avec votre famille, vos amis, vos voisins ou des groupes?

- Pas du tout
- Très peu
- Assez
- Fortement
- Énormément

21. À quel point avez-vous ressenti des **douleurs corporelles** au cours des **quatre dernières semaines**?

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		

- Aucune douleur
- Douleurs très légères
- Douleurs légères
- Douleurs modérées
- Douleurs intenses
- Douleurs très intenses

22. Au cours des quatre **dernières semaines**, dans quelle mesure les douleurs ressenties ont-elles perturbé le cours normal de votre travail (y compris le travail à l'extérieur de la maison et les tâches ménagères)?

- Pas du tout
- Très peu
- Assez
- Fortement
- Énormément

Les questions suivantes portent sur l'état dans lequel vous vous sentez et la façon dont votre quotidien a influé sur votre vie **au cours des quatre dernières semaines**. Pour chacune des questions, veuillez indiquer la réponse qui correspond le plus à l'état dans lequel vous vous sentiez. Au cours des quatre dernières semaines, combien de temps... :

	Tout le temps	La plupart du temps	Une bonne partie du temps	Une certaine partie du temps	Une petite partie du temps	Jamais
23. Vous sentiez-vous plein(e) d'entrain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Avez-vous ressenti beaucoup de nervosité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Étiez-vous si déprimé(e) que rien ne pouvait vous égayer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vous sentiez-vous calme et serein(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Aviez-vous beaucoup d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Étiez-vous triste et maussade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Vous sentiez-vous épuisé(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Vous sentiez-vous heureux(euse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Avez-vous ressenti de la fatigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.. Au cours des **quatre dernières semaines**, combien de temps vos **problèmes physiques ou affectifs** ont-ils perturbé vos activités sociales (visite d'amis, de membres de votre famille, etc.)?

(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		

- Tout le temps
 La plupart du temps
 Une certaine partie du temps
 Une petite partie du temps
 Jamais

À quel point chacun des énoncés suivants sont-ils **VRAIS** ou **FAUX** dans votre cas?

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Ne sait pas	Plutôt faux	Tout à fait faux
33. Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Mon état de santé est aussi bon que celui des gens que je connais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mon état de santé est excellent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 P-7: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC SCALE)

DIRECTIONS: Par chacun des énoncés, veuillez choisir la réponse qui indique jusqu'à quel point l'énoncé s'applique à vous en vous référant au dernier mois. Si une situation particulière ne s'est pas produite récemment, répondez en vous référant à comment vous vous seriez senti(e) si elle s'était produite. ***NOTE: CD-2 is completed by responding to questions 1 and 5.**

	Pas vrai du tout	Rarement vrai	Quelques fois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai
1. Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	0	1	2	3	4
2. Je peux gérer tout ce qui m'arrive	0	1	2	3	4
3. J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté/e à des problèmes.	0	1	2	3	4
4. Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort/e.	0	1	2	3	4
5. J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	0	1	2	3	4
6. Je crois que je peux atteindre mes objectifs, malgré les obstacles.	0	1	2	3	4
7. Sous la pression, je reste concentré/e et je réfléchis clairement.	0	1	2	3	4
8. L'échec ne me décourage pas facilement.	0	1	2	3	4
9. Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté/ aux défis et difficultés de la vie.	0	1	2	3	4
10. Je suis capable de gérer les émotions désagréables ou douloureuses comme la tristesse, la peur et la colère.	0	1	2	3	4

Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Traumatic Stress* 2007; 20: 1019-102

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 P-8: Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)

Instructions: Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté au cours du **dernier mois**.

Au cours du dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé par ces difficultés?	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante.	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante	0	1	2	3	4
3. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la vivez de nouveau)?	0	1	2	3	4
4. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle de l'expérience?	0	1	2	3	4
5. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (ex. avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs)?	0	1	2	3	4
6. Éviter les souvenirs, pensées, ou sentiments en lien avec l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (p. ex. des gens, de lieux, de conversation, des activités, des objets, ou des situations)?	0	1	2	3	4
8. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (p. ex. avoir des pensées telles que je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux)?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite?	0	1	2	3	4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte?	0	1	2	3	4
12. Perdre de l'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant?	0	1	2	3	4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres?	0	1	2	3	4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (p. ex. être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches)?	0	1	2	3	4
15. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement?	0	1	2	3	4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduits qui pourraient vous mettre en danger?	0	1	2	3	4
17. Être "super-alerte", vigilant, ou sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Sursauter facilement?	0	1	2	3	4
19. Avoir du mal à vous concentrer?	0	1	2	3	4
20. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil?	0	1	2	3	4

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 P-9: Questionnaire sur la santé du patient – 9 (PHQ-9)

Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même – ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire – vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

For office coding: Total Score _____ = _____ + _____ + _____

Total Score _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile(s) Plutôt difficile(s) Très difficile Extrêmement difficile

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613.

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 P-10 General Anxiety Disorder (GAD-7)

1. Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été derange(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
• Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Difficultés à se détendre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<i>Add the score for each column</i>				
TOTAL SCORE <i>(add your column scores)</i>				
	Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile	Extrêmement difficile
2. Si vous avez coché <u>au moins un</u> des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

GAD-7 developed by Dr. Robert L. Spitzer, Dr. K. Kroenke. et.al

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

Formulaire P-11: Questionnaire de sortie de l'hôpital

Instructions à la sortie de l'hôpital	Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital?	1. Complètement <input type="checkbox"/> 2. Moyennement <input type="checkbox"/> 3. Un peu <input type="checkbox"/> 4. Pas du tout <input type="checkbox"/>
Instructions à la sortie de l'hôpital	Pendant ce séjour à l'hôpital, les médecins, les infirmiers, les infirmières ou un autre membre du personnel ont-ils discuté avec vous si vous aviez l'aide nécessaire à votre sortie de l'hôpital?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Instructions à la sortie de l'hôpital	Avant de quitter l'hôpital, connaissiez-vous bien tous vos médicaments prescrits, y compris ceux que vous preniez avant votre séjour à l'hôpital?	1. Complètement <input type="checkbox"/> 2. Moyennement <input type="checkbox"/> 3. Un peu <input type="checkbox"/> 4. Pas du tout <input type="checkbox"/> 5. Ne s'applique pas <input type="checkbox"/>
Instructions à la sortie de l'hôpital	Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on remis par écrit des renseignements sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller une fois sorti(e) de l'hôpital?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Instructions à la sortie de l'hôpital	Quand vous avez quitté l'hôpital, aviez-vous une compréhension claire de vos rendez-vous de suivi et de vos enquêtes?	1. Fortement d'accord <input type="checkbox"/> 2. D'accord <input type="checkbox"/> 3. En désaccord <input type="checkbox"/> 4. Fortement en désaccord <input type="checkbox"/>
Instructions à la sortie de l'hôpital	Quand vous avez quitté l'hôpital, compreniez-vous mieux votre état qu'à votre arrivée?	1. Complètement <input type="checkbox"/> 2. Moyennement <input type="checkbox"/> 3. Un peu <input type="checkbox"/> 4. Pas du tout <input type="checkbox"/>
Post-discharge health care utilization	Êtes-vous allés à l'urgence dans les 30 derniers jours?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
Soins à domicile	Avez-vous reçu des soins à domicile après votre sortie de l'hôpital?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Soins à domicile	Vos soins à domicile ont-ils commencé lorsque vous en aviez besoin?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas/je ne me souviens plus <input type="checkbox"/> 4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Aidants	Comment est-ce que votre famille vous a aidé depuis que vous avez quitté l'hôpital?	1. Prendre soins de vous-même <input type="checkbox"/> 2. Préparation de repas/cuisiner <input type="checkbox"/> 3. Magasiner <input type="checkbox"/> 4. Administration de médicaments <input type="checkbox"/> 5. Transport <input type="checkbox"/> 6. Rendez-vous médicaux <input type="checkbox"/> 7. Banque/Finances <input type="checkbox"/>

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

		8. Travaux ménagés (ex. ménage, lavage) <input type="checkbox"/> 9. Autre <input type="checkbox"/>
Aidants	Est-ce un changement par rapport à avant votre récente hospitalisation?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Si oui, comment? _____ _____ _____