

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

FORMULAIRE PR-1: Information Sociodémographique

[À compléter par le participant ou AR (ou une combinaison des deux)]

Nous recueillons des informations pour mieux comprendre l'impact de la COVID-19. Toutes les informations que vous fournissez resteront confidentielles.

Race/ Origine ethnique	Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre groupe racial ou ethnique? Cochez-en UN seulement.	1. Est-Asiatique (ex. Chinois(e), Japonais(e), Coréen(ne)) <input type="checkbox"/> 2. Sud-Asiatique (ex. Indien(ne), Pakistanais(e), Sri lankais(e)) <input type="checkbox"/> 3. Sud Est-Asiatique (e.g., Malais, Philippin(e), Vietnamien(ne)) <input type="checkbox"/> 4. Noir – Africain(e) (ex. Ghanéen(e), Kényan, Somalien(ne)) <input type="checkbox"/> 5. Noir – Caribéen(ne) (ex. Barbadien(ne), Jamaïcain(e)) <input type="checkbox"/> 6. Noir – Nord-Américain(e) (ex. Canadien(ne), Américain(e)) <input type="checkbox"/> 7. Premières Nations <input type="checkbox"/> ; Spécifiez: ____ 8. Indien-Caribéens (ex. Guyanais(e) avec des origines en Inde) <input type="checkbox"/> 9. Autochtone – non inclus ailleurs <input type="checkbox"/> 10. Inuit <input type="checkbox"/> 11. Latino/Hispanique (ex. Argentin, Chilien/ne, Salvadorien(e)) <input type="checkbox"/> 12. Métis <input type="checkbox"/> 13. Moyen-Orient (ex. Égyptien(ne), Iranien(ne), Libanais(e)) <input type="checkbox"/> 14. Blanc-Européen (ex. Anglais(e), Italien(ne), Portugais(e), Russe) <input type="checkbox"/> 15. Blanc- Nord Américain(e) (ex. Canadien(ne), Américain(e)) <input type="checkbox"/> 16. Patrimoine mixte (ex. Noir-Africain et Blanc-Nord Américain(ne)) <input type="checkbox"/> 17. Autre) <input type="checkbox"/> ; Spécifiez: ____ 18. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 19. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Langue préférée	Dans quelle langue seriez-vous le plus à l'aise de parler avec votre fournisseur de soins de santé? Cochez-en UN.	1. Anglais <input type="checkbox"/> 2. Chinois (Cantonais) <input type="checkbox"/> 3. Chinois (Mandarin) <input type="checkbox"/> 4. Punjabi <input type="checkbox"/> 5. Italien <input type="checkbox"/> 6. Tagalog <input type="checkbox"/> 7. Amharique <input type="checkbox"/> 8. Arabe <input type="checkbox"/> 9. Langage des signes <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

		<p>10. Bengali <input type="checkbox"/></p> <p>11. Tchèque <input type="checkbox"/></p> <p>12. Dari <input type="checkbox"/></p> <p>13. Farsi <input type="checkbox"/></p> <p>14. Français <input type="checkbox"/></p> <p>15. Grec <input type="checkbox"/></p> <p>16. Hindou <input type="checkbox"/></p> <p>17. Hongrois <input type="checkbox"/></p> <p>18. Karen <input type="checkbox"/></p> <p>19. Coréen <input type="checkbox"/></p> <p>20. Népalais <input type="checkbox"/></p> <p>21. Polonais <input type="checkbox"/></p> <p>22. Portugais <input type="checkbox"/></p> <p>23. Russe <input type="checkbox"/></p> <p>24. Serbe <input type="checkbox"/></p> <p>25. Slovaque <input type="checkbox"/></p> <p>26. Somali <input type="checkbox"/></p> <p>27. Espagnol <input type="checkbox"/></p> <p>28. Tamil <input type="checkbox"/></p> <p>29. Tigrinya <input type="checkbox"/></p> <p>30. Turc <input type="checkbox"/></p> <p>31. Twi <input type="checkbox"/></p> <p>32. Ukrainien <input type="checkbox"/></p> <p>33. Ourdou <input type="checkbox"/></p> <p>34. Vietnamien <input type="checkbox"/></p> <p>35. Autre <input type="checkbox"/>; (spécifiez _____)</p> <p>36. Je ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>37. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/></p>
Migration	Êtes-vous né(e) au Canada?	<p>1. Oui <input type="checkbox"/></p> <p>2. Non <input type="checkbox"/></p> <p>3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/></p> <p>Si non , en quelle année êtes-vous arrivé(e) au Canada? _____</p>

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

Religion/Croyances	Quelle est votre affiliation/croyance religieuse?	1. Catholique <input type="checkbox"/> 2. Protestant <input type="checkbox"/> 3. Orthodoxe <input type="checkbox"/> 4. Autre Chrétien(ne) <input type="checkbox"/> 5. Musulman(e) <input type="checkbox"/> 6. Hindou(e) <input type="checkbox"/> 7. Sikh <input type="checkbox"/> 8. Bouddhiste <input type="checkbox"/> 9. Juif(ve) <input type="checkbox"/> 10. Autre (spécifiez) <input type="checkbox"/> : _____ 11. Aucune <input type="checkbox"/> 12. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Sexe		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Orientation sexuelle et identité de genre		<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hétérosexuel <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexuel <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> En questionnement <input type="checkbox"/> Intersexe <input type="checkbox"/> Pansexuel <input type="checkbox"/> Bispirituel (2S) <input type="checkbox"/> Androgyne <input type="checkbox"/> Asexuel <input type="checkbox"/> Non-binaire
État civil	Quel est votre état civil actuel?	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e)/conjoint de fait/partenaire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Grossesse	Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

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

		Si OUI: Semaines de gestation: [][] semaines
Éducation	Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété?	1. Moins que le primaire (8e année) <input type="checkbox"/> 2. Complété le primaire <input type="checkbox"/> 3. Moins que le secondaire <input type="checkbox"/> 4. Complété le secondaire <input type="checkbox"/> 5. CEGEP <input type="checkbox"/> 6. Completed some college courses <input type="checkbox"/> 7. Completed college <input type="checkbox"/> 8. Complété quelques cours universitaire <input type="checkbox"/> 9. Complété l'université <input type="checkbox"/> 10. École supérieure/programme professionnel <input type="checkbox"/> 11. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Ressources financières	Est-ce que ça vous arrive d'avoir des difficultés à faire tous vos paiements à la fin de chaque mois?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Ressources financières	Vous sentez-vous stressé financièrement à cause de la COVID-19?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Problèmes financiers / assurance maladie	Avez-vous demandé une aide financière / une assurance?	<input type="checkbox"/> Prestations de compassion de l'assurance-emploi <ul style="list-style-type: none"> • Soins de fin de vie ou soutien à un member de la famille qui court un risque important de mourir dans les 6 prochains mois. Jusqu'à 26 semaines de prestations d'assurance-emploi pour les adultes. <input type="checkbox"/> Prestations familiales de l'assurance-emploi <ul style="list-style-type: none"> • Revenu temporaire pour quiconque s'absente du travail pour fournir des soins ou un soutien à un member de la famille gravement malade ou blessé. Jusqu'à 15 semaines de prestations d'assurance-emploi pour les adultes. <input type="checkbox"/> Assurance maladies graves (privé) <input type="checkbox"/> Assurance invalidité (par le biais d'un emploi ou du gouvernement) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

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

Occupation	Quelle est votre occupation?	1. Travailleur de la santé <input type="checkbox"/> ; si oui, spécifiez : 2. Professionnels de la santé alliés <input type="checkbox"/> ; si oui, spécifiez: _____ 3. Aide à la personne / aide à domicile <input type="checkbox"/> 4. Enseignant <input type="checkbox"/> 5. Commis d'épicerie / commerce de détail <input type="checkbox"/> 6. Agent de correction <input type="checkbox"/> 7. Agent de bord <input type="checkbox"/> 8. Ouvrier funéraire / morgue <input type="checkbox"/> 9. Agent d'intervention d'urgence (ex. police/pompier/ambulance) <input type="checkbox"/> 10. Praticien de la guérison naturelle <input type="checkbox"/> 11. Opérateur de transport en commun <input type="checkbox"/> 12. Livreur <input type="checkbox"/> 13. Conducteur de Taxi/Uber/Lyft <input type="checkbox"/> 14. Vétérinaire <input type="checkbox"/> 15. Coiffeur(euse)/barbier <input type="checkbox"/> 16. Opticien <input type="checkbox"/> 17. Services environnementaux (par exemple, concierge) <input type="checkbox"/> 18. Travailleur de la ferme <input type="checkbox"/> 19. Employé dans un laboratoire de microbiologie <input type="checkbox"/> 20. Autre <input type="checkbox"/> ; Spécifiez: _____ 21. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Logement	Lequel décrit le mieux le type de logement dans lequel vous vivez actuellement?	1. Un adulte vivant seul <input type="checkbox"/> 2. Un adulte avec un ou des enfant(s) <input type="checkbox"/> 3. Deux adultes sans enfants <input type="checkbox"/> 4. Deux adultes avec un ou des enfant(s) <input type="checkbox"/> 5. Deux familles ou plus <input type="checkbox"/> 6. Deux personnes ou plus avec des liens de parenté (frère/soeur, cousins, etc.) <input type="checkbox"/> 7. Deux personnes ou plus sans lien de parenté (amis, etc) <input type="checkbox"/> 8. Abris / campements / rue / surf sur canapé <input type="checkbox"/> 9. Soins de longue durée <input type="checkbox"/> 10. Maison de retraite <input type="checkbox"/> 11. Foyers de groupe <input type="checkbox"/> 12. Prison / établissement de correction <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

		13. Autre arrangement de logement <input type="checkbox"/> 14. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Aidant [N/A pour les aidants]	Allez-vous devoir vous fier à quelqu'un (famille, ami ou autre soignant) pour vous aider avec les tâches quotidiennes ou hebdomadaires après votre sortie de l'hôpital / après votre maladie initiale?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> 5. N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Si OUI , cochez TOUTES les activités pour lesquelles cette/ces personne(s) vous aideront avec : 1. Soins auto-administrés <input type="checkbox"/> 2. Préparation des repas / cuisine <input type="checkbox"/> 3. Magasinage <input type="checkbox"/> 4. Administration des médicaments <input type="checkbox"/> 4. Transport <input type="checkbox"/> 5. Rendez-vous médicaux <input type="checkbox"/> 6. Banque/Finances <input type="checkbox"/> 7. Tâches ménagères (ex. nettoyage/lavage) <input type="checkbox"/> 6. Autre <input type="checkbox"/>
Quantité de soins [N/A pour aidant]	Si vous avez besoin d'aide à domicile après avoir quitté l'hôpital / après votre première maladie, est-ce que ce sera :	1. Plus de soins qu'avant votre hospitalization / maladie <input type="checkbox"/> 2. La même quantité de soins <input type="checkbox"/> 3. Moins de soins qu'avant <input type="checkbox"/>
Soins à domicile [N/A pour aidants]	Allez-vous recevoir des soins à domicile?	1. Oui <input type="checkbox"/> Si oui, où? _____ 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Soins de santé primaires	Avez-vous un médecin de famille / un praticien de soins primaires?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Soins de santé primaires	Si vous avez vu votre médecin de famille / praticien de soins primaires au cours des 3 derniers mois, quelle était	1. En personne <input type="checkbox"/> 2. Par téléphone <input type="checkbox"/> 3. Par vidéo <input type="checkbox"/> 4. Autre <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

	la forme de communication?	
Santé mentale	Avez-vous déjà eu des problèmes de santé mentale dans le passé (impliquant tout traitement, suivi, consultation). Cochez tous ceux qui s'appliquent.	1. Trouble anxieux <input type="checkbox"/> 2. Trouble obsessionnel compulsif <input type="checkbox"/> 3. Trouble de stress post-traumatique <input type="checkbox"/> 4. Trouble dépressif majeur <input type="checkbox"/> 5. Trouble schizo-affectif <input type="checkbox"/> 6. Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> 7. Trouble lié à l'usage de substances <input type="checkbox"/> 8. Autre (spécifier) <input type="checkbox"/> ; _____, 9. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 10. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> 11. Non <input type="checkbox"/>
Santé émotionnelle	Avez-vous des problèmes de santé émotionnelle? Cochez tous ceux qui s'appliquent.	1. Difficulté d'adaptation <input type="checkbox"/> 2. Nervosité / inquiétude <input type="checkbox"/> 3. Isolation/solitude <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Se sentir dépassé par les événements <input type="checkbox"/> 7. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> 8. Non <input type="checkbox"/>
Tabagisme	Consommez-vous du tabac?	Cigarettes de tabac <input type="checkbox"/> Pipe à tabac <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Tabac à chiquer <input type="checkbox"/> 1. Jamais utilisé <input type="checkbox"/> 2. Utilisation antérieure <input type="checkbox"/> 3. Utilisation actuelle <input type="checkbox"/> <u>Si antécédent ou actuel:</u> Année débuté: _____ Année d'arrêt: _____ Paquets par jour: _____

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

Tabagisme	Combien de personnes consomment du tabac à l'intérieur de votre maison chaque jour ou presque tous les jours? Inclure tous les membres du ménage et les visiteurs.	Nombre: _____
Tabagisme	L'usage du tabac est-il permis?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Cigarettes électroniques / vapotage	À l'heure actuelle, utilisez-vous des cigarettes électroniques?	1. À tous les jours <input type="checkbox"/> 2. Occasionnellement <input type="checkbox"/> 3. Pas du tout <input type="checkbox"/> 4. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 5. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
	La dernière fois que vous avez utilisé une cigarette électronique, contenait-elle de la nicotine?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
	La dernière fois que vous avez utilisé une cigarette électronique, contenait-elle du cannabis	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 4. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Alcool	Consommez-vous de l'alcool?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> Si oui, combien d'unités par semaine? <i>(Unité: 1 bière = 12 oz., Verre de vin = 5 oz. / 1 shot = 1.5 oz.)</i> <input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> < 1 unité/semaine <input type="checkbox"/> 2-7 unités/semaine <input type="checkbox"/> 8-14 unités/semaine <input type="checkbox"/> >14 unités/semaine

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

Toute information que vous fournissez concernant la consommation de substances est uniquement à des fins de recherche et sera gardée strictement confidentielle. Les informations ne seront soumises à aucune entité d'application de la loi et ne seront divulguées à personne en dehors de l'équipe de recherche.

Cannabis	Fumez ou consommez-vous du cannabis?	1. Oui, 2. Non. 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Si oui: combien de fois par semaine? <input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> 5-6 / semaine <input type="checkbox"/> 3-4 / semaine <input type="checkbox"/> 1-2 / semaine <input type="checkbox"/> 3-4 / mois <input type="checkbox"/> <= 1 / mois Dose par semaine (mg): _____ <i>Nous mesurons le THC en milligrammes (mg). Donc d'abord, nous devons convertir le poids de nos fleurs (grammes) en milligrammes. 1g=1000 milligrammes. Ensuite, nous prenons le THC% et calculons son poids en milligrammes.</i>
Autre usage de substance	Combien de fois au cours de la dernière année avez-vous consommé une drogue récréative (à l'exclusion du cannabis, de l'alcool, de la caféine ou du tabac / nicotine) ou utilisé un médicament sur ordonnance pour des raisons non médicales?	1. Zéro <input type="checkbox"/> 2. ≥ 1 <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Si ≥ 1, veuillez spécifier le type de substance : _____
Revenu	Quel était votre revenu familial total avant les impôts l'an dernier?	Moins de \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$69,999 <input type="checkbox"/> \$70,000 - \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999 <input type="checkbox"/> Plus de \$150,000 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <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

FORMULAIRE PR-1a: Suivi Information Sociodémographique

Logement	Lequel décrit le mieux le changement (le cas échéant) dans votre logement dû à la COVID-19?	1. Même qu'avant <input type="checkbox"/> 2. Arrangement différent dans la même maison <input type="checkbox"/> 3. Maison différente <input type="checkbox"/> : _____ 4. Autre <input type="checkbox"/> 5. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Soutien gouvernemental	Avez-vous / recevez-vous un soutien financier lié à la COVID du gouvernement provincial ou fédéral?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Problèmes financiers / assurance maladie	Avez-vous fait une demande d'aide financière / d'assurance depuis votre dernière visite?	<input type="checkbox"/> Prestations de compassion de l'assurance-emploi <ul style="list-style-type: none"> • Soins de fin de vie ou soutien à un member de la famille qui court un risque important de mourir dans les 6 prochains mois. Jusqu'à 26 semaines de prestations d'assurance-emploi pour les adultes. <input type="checkbox"/> Prestations familiales de l'assurance-emploi <ul style="list-style-type: none"> • Revenu temporaire pour quiconque s'absente du travail pour fournir des soins ou soutien à un member de la famille gravement malade ou blessé. Jusqu'à 15 semaines de prestations d'assurance-emploi pour les adultes. <input type="checkbox"/> Assurance maladies graves (privé) <input type="checkbox"/> Assurance invalidité (par le biais d'un emploi ou du gouvernement) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Santé émotionnelle	Avez-vous des problèmes de santé émotionnelle?	1. Difficulté d'adaptation <input type="checkbox"/> 2. Nervosité / inquiétude <input type="checkbox"/> 3. Isolation/solitude <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <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

		6. Se sentir dépassé par les événements <input type="checkbox"/> 7. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> 8. Non <input type="checkbox"/>
Tabagisme	Avez-vous consommé du tabac depuis votre dernière visite?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Si oui: Année commencé: _____ Année d'arrêt: _____ Paquets par jour: _____
Vapotage	Avez-vous utilisé des cigarettes électroniques depuis votre dernière visite?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Si oui, comment souvent? 1. À tous les jours <input type="checkbox"/> 2. Occasionnellement <input type="checkbox"/> 3. Jamais <input type="checkbox"/> 4. Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 5. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Alcool	Avez-vous consommé de l'alcool depuis votre dernière visite?	1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> Si oui, combien d'unités par semaine? <i>(Unité: 1 bière = 12 oz., Verre de vin = 5 oz. / 1 shot = 1.5 oz.)</i> <input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> < 1 unité/semaine <input type="checkbox"/> 2-7 unités/semaine <input type="checkbox"/> 8-14 unités/semaine <input type="checkbox"/> >14 unités/semaine

Toute information que vous fournissez concernant la consommation de substances est uniquement à des fins de recherche et sera gardée strictement confidentielle. Les informations ne seront soumises à aucune entité d'application de la loi et ne seront divulguées à personne en dehors de l'équipe de recherche.

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

Cannabis	Avez-vous fumé ou consommé du cannabis depuis votre dernière visite?	<p>1. Oui, 2. Non. 3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui: combien de fois par semaine?</p> <p><input type="checkbox"/> Quotidiennement</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6 / semaine</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4 / semaine</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 / semaine</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4 / mois</p> <p><input type="checkbox"/> <= 1 / mois</p> <p>Dose par semaine (mg): _____</p> <p><i>Nous mesurons le THC en milligrammes (mg). Donc d'abord, nous devons convertir le poids de nos fleurs (grammes) en milligrammes. 1g=1000 milligrammes. Ensuite, nous prenons le THC% et calculons son poids en milligrammes.</i></p>
Autre usage de substance	Combien de fois depuis votre dernière visite avez-vous consommé une drogue récréative (à l'exclusion du cannabis, de l'alcool, de la caféine ou du tabac / nicotine) ou utilisé un médicament sur ordonnance pour des raisons non médicales?	<p>1. Zéro <input type="checkbox"/></p> <p>2. ≥ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/></p> <p>Si ≥ 1, veuillez spécifier le type de substance : _____</p>

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

Form PR-2: Liste de contrôle des symptômes

[À compléter par le participant ou avec l'aide de l'AR]

(Séjour en ISU : compléter si médicalement possible)

Date (jj/mmm/aaaa): _____

Lequel des symptômes suivants présentez-vous actuellement? Cochez tous ceux qui s'appliquent:

Pas de symptômes Vrai Faux

Toux	<input type="checkbox"/> Si sélectionné, avec : Expectorations (crachats) <input type="checkbox"/> Expectorations avec sang <input type="checkbox"/>
Douleur/lourdeur de la poitrine/oppression thoracique	<input type="checkbox"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>
Respiration plus difficile / rapide sans faire d'effort physique	<input type="checkbox"/>
Respiration plus rapide qu'à la normale	<input type="checkbox"/>
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/>
Étourdissements	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience soudaine	<input type="checkbox"/>
Nez qui coule	<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

Nez bouché / congestion nasale	<input type="checkbox"/>
Sinus bloqués / congestion des sinus	<input type="checkbox"/>
Mal de gorge	<input type="checkbox"/>
Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>
Douleur aux oreilles	<input type="checkbox"/>
Jambes enflées	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>
Rythme cardiaque rapide / Palpitations	
Avoir froid	<input type="checkbox"/>
Frissons	<input type="checkbox"/>
Sueurs	<input type="checkbox"/>
Changements cognitifs, y compris brouillard cérébral, difficulté à se concentrer, difficultés de réflexion ou de traitement de l'information, nouveaux problèmes de mémoire.	<input type="checkbox"/>
Mal de tête	<input type="checkbox"/>
Perte de cheveux	
Engourdissement / picotements dans les bras ou les jambes ou autres parties du corps	<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

Nouvelles bosses dans le cou ou sous les aisselles (ganglions lymphatiques hypertrophiés)	<input type="checkbox"/>
Vertige	<input type="checkbox"/>
Crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/>
Oeil rose (conjonctivite)/irritation de l'oeil	<input type="checkbox"/>
Changement avec l'odorat	<input type="checkbox"/>
Changement de sens du goût	<input type="checkbox"/>
Fatigue musculaire	<input type="checkbox"/>
Maux ou douleur aux muscles	<input type="checkbox"/>
Contraction des muscles	
Maux ou douleur des joints	<input type="checkbox"/>
Changements cutanés ou éruption cutanée	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>
Nausée et/ou vomissement	<input type="checkbox"/>
Douleur abdominale	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>
Insomnie/perturbations du sommeil	<input type="checkbox"/>
Appétit réduit	<input type="checkbox"/>
Perte de poids	<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

Gain de poids	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>
Stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>
Avez-vous d'autres symptômes?	
Aide à la mobilité requise	<input type="checkbox"/> Si oui, Aide à la mobilité requise avant la maladie? <input type="checkbox"/> Aide à la mobilité requise avant votre admission? <input type="checkbox"/>
Chutes?	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une chute à l'hôpital?	<input type="checkbox"/>
Avez-vous développé un ulcère cutané à l'hôpital?	<input type="checkbox"/>

Écrivez le premier symptôme que vous avez ressenti: _____

Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu des symptômes pouvant être liés à COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	
Au cours de la dernière semaine, quelle sévérité a atteint vos symptômes liés à la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère
Au cours de la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous eu des symptômes liés à la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Fréquemment <input type="checkbox"/> Presque constamment

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

Au cours de la dernière semaine, à quel point vos symptômes liés à la COVID-19 vous ont dérangé ou causé de la détresse?

- Pas du tout
 Un peu
 Quelque peu
 Assez
 Beaucoup

Veillez cocher le(s) symptôme(s) le(s) plus important(s)/pénible(s) (jusqu'à 2)

- Essoufflement / essoufflement à l'effort
 Lourdeur / douleur / oppression thoracique
 Toux persistante Si sélectionné, avec production de sputum avec sputum de sang
 Rythme cardiaque rapide / palpitations
 Fatigue
 Insomnie / perturbations de sommeil
 Dépression
 Anxiété
 Stress post-traumatique (PTSD)
 Autres problèmes de santé mentale
 Douleurs osseuses / articulaires
 Douleurs musculaires
 Nausées / vomissements / diarrhée / douleurs abdominales
 Autre (spécifiez):

ISU seulement: Impossible d'évaluer

Oui (raison): _____ -

Non

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

FORM PR-3: Modified Borg Dyspnea Scale

[To be completed by participant]

Patient Instructions for Borg Dyspnea Scale:

Ceci est une échelle qui vous demande d'évaluer votre difficulté à respirer. L'échelle va d'une valeur de zéro, indiquant aucune difficulté respiratoire, jusqu'à une valeur de 10, indiquant une difficulté respiratoire maximale.

	Essoufflement	Au repos	Pendant une activité
0	Rien du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0.5	Très très léger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Très léger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Léger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Modéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Un peu sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Très sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Très très sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Maximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISU seulement: Impossible d'évaluer

Oui (raison): _____ -
 Non