

**Questionnaire d'évaluation de la Condition Post COVID-19**  
Suivi téléphonique (6 mois /12 mois)

Instructions : Les questions suivantes aborderont les symptômes persistants que vous pourriez encore avoir depuis votre visite à l'urgence et l'utilisation des services de soins de santé

**1. Êtes-vous retourné à l'urgence pour une consultation depuis le AAAA / MM / JJ ?**

- Non
- Oui
- Préfère ne pas répondre

Si oui,

**Combien de fois êtes-vous retourné à l'urgence ? (nombre)**

**Vous souvenez-vous combien de temps après la visite du AAAA / MM / JJ vous êtes retourné la première fois ?**

- 2-3 jours après
- Environ 1 semaine
- Environ 2 semaines
- Environ 1 mois après
- Entre 2 et 6 mois après
- Plus de 6 mois après

**Avez-vous été hospitalisé lors de cette visite ?**

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre

**2. Pour les assistants de recherche : Ce participant a-t-il testé positif à la COVID-19 lors de la visite index ou lors d'une visite subséquente ?**

- Oui
- Non

Si non,

**Depuis le début de la pandémie, est-ce que vous pensez avoir eu la COVID-19 sans que l'infection n'ait été confirmée par un test de dépistage ?**

- Non
- Oui
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

**3. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, avez-vous été plus essoufflé ?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent
- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**À quel moment vous sentez-vous / vous-êtes-vous senti essoufflé ?**

- Au repos
- Pendant l'activité d'intensité faible à modérée (ex. marcher, faire du ménage, faire la vaisselle)
- Pendant une activité de haute intensité (ex. En faisant de l'exercice, du vélo, de la course)

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**Quand les essoufflements ont-t-ils commencé? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps les essoufflements ont-t-ils duré?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**4. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, avez-vous eu des nouvelles douleurs persistantes ?**

- Non, pas du tout
- Oui, et elles sont toujours présentes
- Oui, de temps en temps et elles sont toujours présentes
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et elles sont toujours présentes / oui, de temps en temps et elles sont toujours présentes / oui, mais plus maintenant

**4a. Où se situe / se situait la principale source de votre douleur?**

- Douleur abdominale
- Douleur à la poitrine
- Mal de dos
- Maux de gorge
- Maux d'estomac
- Maux de tête ou Migraines
- Douleurs articulaires
- Douleurs en respirant
- Douleurs en toussant
- Douleurs musculaires
- Douleurs aux jambes
- Douleurs aux bras
- Douleur en avalant
- Douleur généralisée (non-spécifique)
- Autres

**4b. Quand la douleur a-t-elle commencé ? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps la douleur a-t-elle duré?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**5. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA / MM / JJ, avez-vous eu une nouvelle toux persistante?**

- Non, pas du tout
- Oui, et elle est toujours présente
- Oui, de temps en temps et est toujours présente
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et elle toujours présente / oui, mais plus maintenant

**Quand la toux a-t-elle commencé? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps la toux a-t-elle duré?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**6. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA / MM / JJ, avez-vous eu une diminution de l'odorat ?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent
- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**À quel moment votre odorat a-t-il diminué ? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps votre odorat a-t-il été diminué ?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**7. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM / JJ, avez-vous eu une diminution du sens du goût ?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent
- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**À quel moment votre sens du goût a-t-il diminué ?** (*calendrier*)

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps votre sens du goût a-t-il été diminué ?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**8. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, votre sommeil a-t-il été différent ?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent
- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**À quel moment votre sommeil a-t-il changé ?** (*calendrier*)

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps votre sommeil a-t-il été différent ?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**9. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, avez-vous eu des étourdissements ou des vertiges ?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent

- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**Quand est-ce que vos vertiges ou vos étourdissements ont commencé ? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps avec vous eu des vertiges ou des étourdissements ?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**10. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, a-t-il été plus difficile de vous concentrer?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent
- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**Quand est-ce devenu plus difficile de vous concentrer ? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps a-t-il été plus difficile de vous concentrer ?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**11. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, a-t-il été plus difficile de vous rappeler des choses?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent
- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**Quand est-il devenu plus difficile de vous rappeler les choses ? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps a-t-il été plus difficile de vous rappeler les choses ?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**12. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, vous êtes-vous senti plus fatigué qu'à l'habitude après un effort physique, intellectuel ou émotionnel?**

- Non, pas du tout
- Oui, et c'est toujours présent
- Oui, de temps en temps et c'est toujours présent
- Oui, mais plus maintenant
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si oui, et c'est toujours présent / oui, de temps en temps et c'est toujours présent / oui, mais plus maintenant

**À quel moment cette fatigue inhabituelle a-t-elle commencé? (calendrier)**

Si oui, mais plus maintenant

**Pendant combien de temps cette fatigue inhabituelle a-t-elle duré?**

- Quelques jours
- 1 semaine

- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois

**13. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA / MM / JJ, avez-vous eu d'autres nouveaux symptômes que ceux mentionnés que vous souhaiteriez partager avec nous ?**

- Non
- Oui
- Préfère ne pas répondre

Si oui,

**Lequel est ou était le plus accablant ?**

- Anxiété
- Changement de comportement
- Ne peut bouger / sentir un côté du corps ou du visage
- Constipation
- Dépression
- Diarrhée
- Bouche sèche
- Disménorrhée
- Sécheresse oculaire
- Évanouissements
- Fièvre
- Réactions alimentaires
- Bouffées de chaleur
- Mouvements saccadés des membres
- Enflure / gonflement des articulations
- Perte d'appétit
- Perte d'intérêt/plaisir
- Perte de dents
- Lésions ou bosses : (violet/rose/bleuâtre) sur les orteils/orteils COVID
- Nausées ou vomissements
- Sueurs nocturnes
- Engourdissement ou picotements
- Fatigue persistante
- Problème d'audition
- Problème urinaire
- Problème de vision
- Problème de déglutition
- Problèmes de communication
- Problème d'équilibre



- Problème de démarche / Chutes
- Acouphènes
- Épilepsie / Convulsions
- Éruptions cutanées
- Ralentissement des mouvements
- Raideur musculaire
- Tremblements
- Faiblesse des membres
- Perte de poids
- Dysfonction érectile
- Hallucinations

Si oui,

**Quand ce symptôme a-t-il commencé? (calendrier)**

**Pendant combien de temps ce symptôme a-t-il duré?**

- Quelques jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 6 mois
- Plus de 6 mois
- Toujours présent

**14. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, avez-vous reçu de l'aide des services de santé ?**

- Non
- Oui
- Préfère ne pas répondre

Si oui,

**Quels services de santé avez-vous utilisés ?**

- Médecin de famille
- Infirmière praticienne (IPSPL)
- Clinique post-COVID
- Médecin spécialiste
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Soins infirmiers à domicile
- Assistance à domicile
- Psychologue
- Psychiatre

- Travailleur social
- Inhalothérapeute
- Pharmacien
- Massothérapeute
- Sexologue
- Spécialiste en médecine alternative (acupuncture, guérisseur, ostéopathe, homéopathe, chiropraticien)
- Autres

**15. Depuis le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, y a-t-il des services de santé ou des professionnels de la santé que vous n'avez pas pu accéder ?**

- Non
- Oui
- Préfère ne pas répondre

**Quels services de santé n'avez-vous pu accéder ?**

- Médecin de famille
- Infirmière praticienne (IPSPL)
- Clinique post-COVID
- Spécialiste
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Soins infirmier à domicile
- Assistance à domicile
- Psychologue
- Psychiatre
- Travailleur social
- Inhalothérapeute
- Pharmacien
- Massothérapeute
- Sexologue
- Spécialiste en médecine alternative (acupuncture, guérisseur, ostéopathe, homéopathe, chiropraticien)
- Autres

**16. Avez-vous remarqué un changement dans les symptômes dont nous venons de parler après votre première dose du vaccin contre la COVID-19 ?**

- Oui, je me suis senti moins bien après ma première dose
- Oui, je me suis mieux après ma première dose
- Aucun changement
- Je ne sais pas
- Non parce que je me sentais bien et n'avais pas de symptôme
- Je ne suis pas vacciné

Préfère ne pas répondre

**16a. Avez-vous remarqué un changement dans les symptômes après votre deuxième dose du vaccin contre la COVID-19 ?**

- Oui, je me suis senti moins bien après ma deuxième dose
- Oui, je me suis mieux après ma deuxième dose
- Aucun changement
- Je ne sais pas
- N'a pas reçu de deuxième dose
- Préfère ne pas répondre

**16b. Avez-vous remarqué un changement dans les symptômes après votre troisième dose du vaccin contre la COVID-19 ?**

- Oui, je me suis senti moins bien après ma troisième dose
- Oui, je me suis sentie mieux après ma troisième dose
- Aucun changement
- Je ne sais pas
- N'a pas reçu de troisième dose
- Préfère ne pas répondre

**17. Avant le problème de santé qui vous a mené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, laquelle des phrases suivantes décrit le mieux le niveau de forme physique dans lequel vous étiez à ce moment-là ?**

- En bonne forme et en santé : vous faisiez de l'exercice occasionnellement ou régulièrement et n'aviez aucun problème médical d'ordre physique
- Vous vous portiez bien : vous aviez quelques problèmes médicaux qui limitaient vos activités mais vous n'aviez pas besoin d'aide
- Fragile : vous aviez des problèmes médicaux qui limitaient vos activités, et aviez besoin d'aide pour vos activités de la vie quotidienne et vos soins personnels
- Je ne me rappelle plus

**18. Depuis le problème de santé qui vous a amené à l'urgence le AAAA/MM/JJ, avez-vous reçu une assurance invalidité?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Préférez ne pas répondre