

The Veterans Rand 12-Item Health Survey (VR12)

Instructions:

Dans ce questionnaire, nous vous demandons votre opinion sur votre santé, à **30 et 60 jours**, et à **6 et 12 mois**.

1. Sur une échelle de 1 (excellente santé) à 5 (mauvaise santé), comment trouvez-vous votre santé en général?

EXCELLENTE	TRÈS BONNE	BONNE	PASSABLE	MAUVAISE
1	2	3	4	5

2. Votre santé limite-t-elle vos activités en ce moment? Si oui, à quel point?

	OUI, TRÈS LIMITÉ	OUI, UN PEU LIMITÉ	NON, PAS LIMITÉ DU TOUT
a. Activités d'intensité modérée, comme déplacer une table, pousser un aspirateur, jouer aux quilles, ou jouer au golf?	1	2	3
b. Monter plusieurs marches d'escaliers?	1	2	3

3. Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu un des problèmes suivants au travail ou dans les autres activités de la vie quotidienne en raison de votre santé physique?

	NON, JAMAIS	OUI, RAREMENT	OUI, OCCASIONNELLEMENT	OUI, LA PLUPART DU TEMPS	OUI, TOUT LE TEMPS
a. Avez accompli moins que vous le souhaitiez.	1	2	3	4	5
b. Étiez limité dans le type de travail ou d'activités.	1	2	3	4	5

4. Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu un des problèmes suivants au travail ou dans les autres activités de la vie quotidienne en raison de n'importe quel problème émotionnel (comme se sentir déprimé ou anxieux)?

	NON, JAMAIS	OUI, RAREMENT	OUI, OCCASIONNELLEMENT	OUI, LA PLUPART DU TEMPS	OUI, TOUT LE TEMPS
a. Avez accompli moins que vous le souhaitiez.	1	2	3	4	5
b. N'avez pas fait un travail ou une autre activité aussi soigneusement que d'habitude.	1	2	3	4	5

CCEDRRN

Patient Study ID _____

5. Durant les 4 dernières semaines, à quel point la douleur a-t-elle interférée avec votre travail habituel (incluant à la fois le travail à l'intérieur et à l'extérieur de votre résidence)?

PAS DU TOUT	UN PEU	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT
1	2	3	4	5

6. À quelle fréquence durant les 4 dernières semaines :

	TOUT LE TEMPS	LA PLUPART DU TEMPS	ASSEZ FRÉQUEMMENT	OCCASIONNELLEMENT	RAREMENT	JAMAIS
a. Vous êtes-vous senti calme et en paix?	1	2	3	4	5	6
b. Avez-vous eu beaucoup d'énergie?	1	2	3	4	5	6
c. Vous êtes-vous senti abattu et triste?	1	2	3	4	5	6

7. Durant les 4 dernières semaines, à quelle fréquence votre santé physique ou vos problèmes émotionnels ont-ils interféré avec vos activités sociales (comme visiter un ami, des parents, etc.)?

TOUT LE TEMPS	LA PLUPART DU TEMPS	OCCASIONNELLEMENT	RAREMENT	JAMAIS
1	2	3	4	5

8. Comparativement à il y a un an, comment évaluez-vous votre santé physique générale en ce moment?

BIEN MIEUX	LÉGÈREMENT MIEUX	AUCUN CHANGEMENT	LÉGÈREMENT PIRE	BIEN PIRE
1	2	3	4	5

9. Comparativement à il y a un an, comment évaluez-vous vos problèmes émotionnels (comme se sentir anxieux, déprimé ou irritable) en ce moment?

BIEN MIEUX	LÉGÈREMENT MIEUX	AUCUN CHANGEMENT	LÉGÈREMENT PIRE	BIEN PIRE
1	2	3	4	5

Échelle ordinale d'évaluation de l'OMS

Instructions: Déterminer l'Échelle ordinale d'évaluation de l'OMS après avoir demandé les questions 10 & 11, à 30 jours seulement.

Date d'évaluation : _____

10) Avez-vous reçu votre congé de l'hôpital? Si à l'hôpital, demander si le cas est léger ou sévère.

Non Oui

11) Avez-vous visité l'urgence ou avez-vous été réadmis à l'hôpital depuis que vous avez obtenu votre congé?

Non Oui. Où? _____

En se basant sur le suivi du patient et la revue de dossier, le chercheur détermine l'Échelle ordinale d'évaluation de l'OMS pour la COVID-19

Encercler le plus approprié	Échelle ordinale d'évaluation de l'OMS
Congé, COVID négatif	
0	Non-infecté
COVID-19 Positif, Congé (Ambulatoire)	
1	Pas de limitation dans les activités
2	Limitation dans les activités
Hospitalisé, maladie légère	
3	Pas d'apport supplémentaire en oxygène
4	Oxygène administré par masque ou lunette nasale
Hospitalisé, maladie sévère	
5	Ventilation non-invasive ou oxygène par lunette nasale à haut débit
6	Intubation et ventilation mécanique
7	Ventilation ET soutien des fonctions vitales - vasopresseurs, thérapie de remplacement rénal, oxygénation par circulation extracorporelle ("ECMO")
Mort	
8	Mort

Statut vaccinal

1. Avez-vous été vacciné contre la COVID-19? (Si non, passez à la question 4)

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--

2. Si oui, quel vaccin avez-vous reçu et quand?

Dose	Type de vaccin* (Nom commercial/nom générique/composant)	Date (aaaa/mmm/jj) Indiquez aaaa/mmm si impossible de se souvenir de la date
1^{ère} Dose	<input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Moderna <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de AstraZeneca <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Johnson & Johnson/Janssen <input type="checkbox"/> Vacciné, type inconnu (passez à la question 4) <input type="checkbox"/> Autre vaccin, non mentionné ci-dessus : _____	<input type="checkbox"/> Inconnu
2^e Dose	<input type="checkbox"/> Le patient n'a pas reçu de 2^e dose (passez à la question 5) <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Moderna <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de AstraZeneca <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Johnson & Johnson/Janssen <input type="checkbox"/> Vacciné, type inconnu (passez à la question 4) <input type="checkbox"/> Autre vaccin, non mentionné ci-dessus : _____	<input type="checkbox"/> Inconnu

3. Avez-vous reçu des doses additionnelles de vaccin contre la COVID-19? Si oui, lesquelles?

3^e Dose	<input type="checkbox"/> Le patient n'a pas reçu de 3^e dose (passez à la question 5) <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Moderna <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de AstraZeneca <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Johnson & Johnson/Janssen <input type="checkbox"/> Vacciné, type inconnu (passez à la question 4) <input type="checkbox"/> Autre vaccin, non mentionné ci-dessus : _____	<input type="checkbox"/> Inconnu
4^e Dose	<input type="checkbox"/> Le patient n'a pas reçu de 4^e dose (passez à la question 5) <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Moderna <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de AstraZeneca <input type="checkbox"/> Vaccin COVID-19 de Johnson & Johnson/Janssen <input type="checkbox"/> Vacciné, type inconnu (passez à la question 4) <input type="checkbox"/> Autre vaccin, non mentionné ci-dessus : _____	<input type="checkbox"/> Inconnu

* La liste des vaccins sera mise à jour à mesure que d'autres vaccins seront homologués par Santé Canada.

CCEDRRN

Patient Study ID _____

Guide d'application: Ce tableau peut aider les assistants de recherche à déterminer ce que le patient a reçu*

Compagnie	Nom commercial	Nom générique, Composant	Nombre de doses recommandé	Calendrier	Date d'homologation au Canada
BioNTech/Pfizer	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine	Tozinameran, BNT162b2	2	0 et 21j	9 décembre 2020
Moderna	Moderna COVID-19 Vaccine	mRNA-1273	2	0 et 28j	23 décembre 2020
AstraZeneca	AstraZeneca COVID-19 Vaccine	AZD1222	2	0 et 29j	À déterminer
Janssen	Janssen COVID-19 vaccine	Ad26.COV2.S	1	0	À déterminer

* La liste des vaccins sera mise à jour à mesure que d'autres vaccins seront homologués par Santé Canada.

No d'ID du participant _____

4. Avez-vous eu un diagnostic de COVID-19 depuis votre visite à l'urgence?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--

5. Si oui, à quel moment a été posé le diagnostic?

AAAA/MM/JJ

 Inconnu**6. Quand, pour la dernière fois, avez-vous été vacciné contre l'Influenza ou la grippe?**

<input type="checkbox"/> 2021	<input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2019	<input type="checkbox"/> Avant 2019	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Inconnu
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

No d'ID du participant _____

Questions contextuelles, sociales et culturelles

[À COMPLÉTER SEULEMENT SI CETTE SECTION N'A PAS ÉTÉ **COMPLÉTÉE** DANS UN APPEL DE SUIVI PRÉCÉDENT]

Instructions. Des analyses préliminaires suggèrent que la COVID-19 peut affecter la santé des individus différemment dépendamment de leur contexte social et culturel. Par exemple, on pense que le genre pourrait être important pour déterminer la sévérité de la maladie et pourrait être lié à sa transmission. Pourrais-je vous poser quelques questions additionnelles à ce sujet?

12) Quel sexe vous a-t-on attribué à la naissance?

- Masculin Féminin Autre _____ Préfère ne pas répondre

13) Parmi les choix suivants, lequel décrit le mieux votre genre en ce moment?

- Masculin Féminin Bispiritualité (Deux Esprits) Autre (ex: genre fluide), svp. préciser

- Préfère ne pas répondre

14) En vous incluant, combien de personnes vivaient dans votre ménage dans le mois précédent votre visite à l'urgence?

[Un ménage réfère à une personne ou à un groupe de personnes qui occupent le même logement sur une base régulière.¹ Le logement correspond à un ensemble séparé de pièces d'habitation possédant une entrée privée soit à partir de l'extérieur de l'immeuble, soit à partir d'un hall, ou d'un escalier commun situé à l'intérieur de l'immeuble.²

_____ (nombre)

15) À quelle race vous identifiez-vous le plus?³

- | | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanc | <input type="checkbox"/> Latino-Américain | <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (Indien oriental, Pakistanais, Sri-Lankais) | <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (Vietnamien, Cambodgien) | <input type="checkbox"/> Asiatique occidentale (Iranien, Afghan) |
| <input type="checkbox"/> Chinois | <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Japonais | <input type="checkbox"/> Philippin | <input type="checkbox"/> Arabe |
| <input type="checkbox"/> Noir | | | | |

No d'ID du participant _____

- Premières Nations Métis Inuit
 Autres, s.v.p. spécifier _____ Préfère ne pas répondre

16) À quel groupe ethnique vous identifiez-vous?⁴

- Canadien Français Anglais Allemand
 Écossais Irlandais Italien Ukrainien
 Hollandais Chinois Juif Polonais
 Portugais Sud-asiatique Norvégien Gallois
 Suédois Premières Nations Métis Inuit
 Autre, s.v.p. spécifier _____ Je ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

17) Êtes-vous maintenant ou avez-vous déjà été un immigrant reçu au Canada?

- Oui Non Préfère ne pas répondre

Si oui, en quelle année êtes-vous devenu un immigrant reçu au Canada? _____ (YYYY)

Si oui, pourquoi êtes-vous venu au Canada?

- Économique Famille Réfugié Autre: _____
 Préfère ne pas répondre

18) Quel est votre plus haut niveau de scolarité obtenu?⁵

- Pas de certificat/diplôme complété Secondaire ou certificat/diplôme équivalent Certificat ou diplôme d'une école de métier (DEP/ASP/Diplôme/attestation et certificat d'apprentis ou non apprentis) Collégial, CÉGEP ou diplôme/certificat non-universitaire
 Certificat ou diplôme universitaire qui n'est pas un baccalauréat (1er cycle) Certificat ou diplôme universitaire (baccalauréat et cycles supérieurs, incluant médecine, médecine vétérinaire) Préfère ne pas répondre

No d'ID du participant _____

19) Avez-vous des enfants de moins de 18 ans vivant avec vous à la maison, ou qui sont sous votre responsabilité de façon régulière?

- Oui Non Préfère ne pas répondre

20) Assistez-vous ou prenez-vous soin d'un membre de votre famille sans être payé en raison de leur condition de santé ou d'une invalidité? Cela peut inclure une invalidité ou perte fonctionnelle au niveau physique, mentale, émotionnelle, cognitive, comportementale ou développementale; une condition chronique ou condition psychiatrique, ou une personne non-voyante ou sourde. L'assistance que vous portez peut inclure des soins médicaux ou de l'aide dans les activités de la vie quotidienne, incluant de la supervision ou des rappels.

- Oui Non Préfère ne pas répondre

21) Si oui, quel est le lien entre vous et la personne que vous assistez?

- Père/mère Époux/épouse ou partenaire Fils/fille Petit-fils/petite-fille
 Grand-père/grand-mère Frère/Soeur Ami (e) Autre personne apparentée
 Autre (spécifier) Préfère ne pas répondre

22) Quel énoncé décrit le mieux votre situation domiciliaire quand vous êtes venu à l'urgence le [Date de la visite à l'urgence (visite index)]?

- Résidence Soins de longue durée/réadaptation Chambre privée Maison de soins de longue durée
 Refuge Autre _____ Préfère ne pas répondre

23) S'il a été confirmé que vous étiez COVID-19 positif, avez-vous été capable de vous mettre en quarantaine?

- Oui Non S.v.p. préciser: _____ Préfère ne pas répondre

No d'ID du participant _____

24) Dans quel secteur de l'économie travailliez-vous au moment où vous vous êtes rendu à l'urgence en raison d'une suspicion de la COVID-19?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manufacturier | <input type="checkbox"/> Exploitation des matières premières: exploitation minière/énergie | <input type="checkbox"/> Tourisme | <input type="checkbox"/> Services financiers |
| <input type="checkbox"/> Construction | <input type="checkbox"/> Services professionnels, scientifiques et techniques: informatique, comptabilité, juridique, relations publiques | <input type="checkbox"/> Agriculture/Pêche | <input type="checkbox"/> Services publics: gaz et électricité |
| <input type="checkbox"/> Vente au détail | <input type="checkbox"/> Immobilier | <input type="checkbox"/> Éducation | <input type="checkbox"/> Secteur public |
| <input type="checkbox"/> Recherche & Développement | <input type="checkbox"/> Sans emploi | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre | |
| | | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

25) Quel était votre niveau de revenu familial avant la COVID?⁶

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <\$22,400 | <input type="checkbox"/> 22,401-29,900 | <input type="checkbox"/> \$29,901-36,200 | <input type="checkbox"/> 36,201-42,300 | <input type="checkbox"/> 42,301-48,400 |
| <input type="checkbox"/> 48,400-55,301 | <input type="checkbox"/> 55,301-63,200 | <input type="checkbox"/> 63,201-73,700 | <input type="checkbox"/> 73,701-91,100 | <input type="checkbox"/> 91,101+ |
| <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre | | | | |

26) Quel est votre revenu annuel maintenant?

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <\$22,400 | <input type="checkbox"/> 22,401-29,900 | <input type="checkbox"/> \$29,901-36,200 | <input type="checkbox"/> 36,201-42,300 | <input type="checkbox"/> 42,301-48,400 |
| <input type="checkbox"/> 48,400-55,301 | <input type="checkbox"/> 55,301-63,200 | <input type="checkbox"/> 63,201-73,700 | <input type="checkbox"/> 73,701-91,100 | <input type="checkbox"/> 91,101+ |
| <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre | | | | |

No d'ID du participant _____

RÉFÉRENCES:

1. Statcan. Household size of private household. 2016; <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=251038>. Accessed February 1, 2021.
2. Statcan. 2016 Census of Population: Type of dwelling release. 2016; https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/98-501/98-501-x2016003-eng.cfm-a2_1. Accessed February 1, 2021.
3. Canadian Institutes for Health Information. Canadian Patient Experiences Survey — Inpatient Care Procedure Manual. *December 2015*. 2015.
4. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey – Annual Component (CCHS) – 2020. 2020; <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>.
5. Statistics Canada. Chart 1: Educational attainment¹ for the population aged 25 to 64, Canada, 2016. 2017.
6. Statistics Canada. Upper income limit, income share and average of adjusted market, total and after-tax income by income decile. Vol Table: 11-10-0193-01 (formerly CANSIM 206-0032)2018.