

Français

Information needed

Vous trouverez peut-être utile de préparer les éléments ci-dessous. *Si vous n'avez pas ces informations, remplissez du mieux que vous pouvez.*

<p>Résultats des tests</p>	<p><i>Dates, type (PCR, sérologie anticorps) and résultat des tests</i> <i><u>Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, une date approximative suffira. Si vous avez eu des tests sérologiques pour les anticorps nous vous demanderons le nom du fabricant du test mais cette information n'est pas absolument requise.</u></i></p>
<p>Moment des symptômes et sévérité</p>	<p><i>Votre journal des symptômes <u>Il vous sera demandé de choisir parmi des symptômes ceux que vous avez eus durant les 4 premières semaines, et durant les mois suivants, jusqu'au 7ème mois.</u></i></p>
<p>Autres tests diagnostiques</p>	<p><i>Les résultats de vos examens médicaux <u>Il vous sera posé plusieurs questions au sujet de vos examens médicaux (tests sanguins, IRM/scanners, radiographies, échocographies, ECGs). Si vous n'avez pas le résultat de ces examens vous pouvez continuer quand même.</u></i></p>

Take a Break

N'oubliez pas qu'à tout moment vous pouvez arrêter et reprendre cette étude plus tard. Nous vous recommandons de faire des pauses surtout si vous présentez actuellement des symptômes afin de limiter votre surcharge cognitive.

Pour revenir à l'étude:

- **Enregistrez le lien qui se trouve dans votre navigateur pour revenir à l'étude plus tard.**
- Ne répondez pas à l'étude en mode privé/incognito.
- N'effacez pas les cookies de votre navigateur.

Votre progression sera enregistrée pendant **une semaine**.

Demographics

Dans quel pays vivez-vous actuellement ? *

Dans quelle ville vivez-vous? Le cas échéant indiquez le département (par exemple Paris,75) *

Dans quel type de zone géographique vivez-vous? *

- Banlieue
- Urbaine
- Rurale

A quel groupe d'âge appartenez-vous? *

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80+

Quel est votre genre? *

- Féminin/Femme
- Masculin/Homme
- Non-binaire/Genderqueer/Gender non-conforming
- Préfère ne pas dire
- Autre

Est-ce que votre genre correspond au genre assigné à votre naissance? *

- Oui

Non

Le cas échéant, êtes-vous enceinte? *

Oui

Non

N/A

Le cas échéant, êtes-vous en post-partum depuis 6 mois ou moins? *

Oui

Non

N/A

Le cas échéant, avez-vous des règles/un cycle menstruel? *

Oui

Non, post-ménopausée

Non, autre raison

N/A

Parmi les propositions suivantes lesquelles correspondent le mieux à votre ascendance? Sélectionnez toutes celles qui peuvent s'appliquer. *

Asiatique, Sud Asiatique, Sud Est Asiatique (Chinois, Indien, Vietnamien, Philippin...)

Noir (Guadeloupéen, Martiniquais, Sénégalais, Ivoirien...)

Blanc(Allemand, Italien, Français, Polonais...)

- Origine Hispanique, Latine ou Espagnole (Mexicain, Portoricain, Espagnol, Portugais...)
- Peuples indigènes (Navajo Nation, Blackfeet Tribe, Mayan, Inupiat...)
- Insulaire du Pacifique (Hawaïen, Tahitien, Néo-Calédonien...)
- Moyen Orient, Afrique du Nord (Libanais, Marocain, Tunisien, Algérien, Egyptien...)
- Préfère ne pas dire
- Autre

Quel était le revenu annuel de votre foyer **AVANT COVID-19**? *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Préfère ne pas dire

Quel est le revenu annuel de votre foyer maintenant, **APRES COVID-19**? *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Préfère ne pas dire

Quel était le revenu annuel de votre foyer **AVANT COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Préfère ne pas dire

Quel est le revenu annuel de votre foyer maintenant, **APRES COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Préfère ne pas dire

Quel était le revenu annuel de votre foyer, **AVANT COVID-19?** *

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Préfère ne pas dire

Quel est le revenu annuel de votre foyer, **APRES COVID-19?** *

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Préfère ne pas dire

Quel était le revenu annuel de votre foyer, **AVANT COVID-19?** *

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Préfère ne pas dire

Quel est le revenu annuel de votre foyer, **APRES COVID-19?** *

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Préfère ne pas dire

Quel est votre niveau d'études? *

- un peu de collège ou moins

- Brevet des Collèges/Certificat d'études
- Baccalauréat
- Diplôme d'études supérieures

Etes-vous professionnel de santé? *

- Oui
- Non

Comment avez-vous entendu parler de cette étude? *

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Groupe Body Politic Slack | <input type="checkbox"/> Instagram |
| <input type="checkbox"/> Groupe Long Haul COVID Fighter sur Facebook | <input type="checkbox"/> Ami/Famille qui a partagé avec moi |
| <input type="checkbox"/> Groupe de soutien Facebook français | <input type="checkbox"/> messages automatiques à une liste de patients appartenant à une cohorte de recherche |
| <input type="checkbox"/> Autre groupe de soutien Facebook | <input type="checkbox"/> Medias (articles, journal, blog) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Twitter #AprèsJ20 #LongCovid | <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> |

Background Section

Quand vos symptômes ont-ils commencé? *

	Mois	Jour	Année

Sélectionnez: |

Avez-vous encore des symptômes? *

- Oui
 Non

Recovered - Total Days

Pendant combien de jours avez-vous eu des symptômes? *

Lifestyle & Pre-existing Conditions

Aviez-vous des diagnostics/pathologies **pré-existantes** ou déjà eu un des troubles listés ci-dessous pre-COVID?

- Allergies alimentaires
 Allergies environnementales (poussière, moisissures)
 Allergies chimiques
 Allergies saisonnières
 Allergies d'origine inconnue
 Autres allergies
 Insomnie
 Rêves lucides (rêves durant lesquels vous êtes conscients de rêver ou avez un certain contrôle sur vos rêves)
 Cauchemars

- Rêves réalistes
- Sueurs nocturnes
- Apnée du sommeil
- Reflux
- Maladie Coeliaque
- Maladie de Crohn
- Colite ulcéreuse
- Syndrome de l'intestin irritable (SII)
- Autres problèmes gastro-intestinaux
- Asthme
- BPCO
- Tuberculose
- Eczema
- Maladie virale de la peau (boutons de fièvre, herpès, verrues, molluscums)
- Démence
- Convulsions, Epilepsie
- Migraine
- SLA
- Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques
- Neuropathie périphérique
- Maladie Coronarienne
- Insuffisance cardiaque
- Hypertension (pression artérielle élevée)
- Hypotension (pression artérielle basse)
- Antécédents de troubles de la coagulation
- Antécédents d'AVC
- Cholesterol élevé/ hyperlipidémie
- Prolapsus de la valve mitrale
- Anémie

- Autisme
- Maladie auto-immunes, rhumatologiques
- Cancer (tous types)
- Maladie rénale chronique
- Diabète Type 1
- Diabète Type 2
- Syndrome d'Ehler Danlos (SED)
- Endométriose
- Fibromyalgie
- Déficience en IgA
- Cystite interstitielle (Syndrome de la Vessie Douleuruse)
- Hépatite (A/B/C)
- VIH
- Syndrome d'activation mastocytaire (SAMA)
- Encephalomyélite Myalgique / Syndrome de Fatigue Chronique (EM/SFC)
- Obésité
- Syndrome de tachycardie orthostatique posturale (STOP)
- Infections bactériennes récurrentes
- Infections virales récurrentes
- Syndrome des jambes sans repos/Impatiences
- Dysfonction temporo-mandibulaire (SADAM)
- Vertiges
- Vision: de près/de loin
- Déficience en Vitamine D
- aucune des réponses ci-dessus**

Indiquez les autres diagnostics/pathologies pré-existantes non listés ici. S'il y en a plusieurs séparez les avec une virgule. Indiquez seulement les pathologies pas de descriptions ou d'explications.

Avez-vous constaté un quelconque changement dans le cours de vos pathologies pré-existantes pendant COVID-19?

- Oui, elles se sont aggravées.
- Oui, elles se sont améliorées
- Certaines se sont améliorées, d'autres se sont aggravées, certaines sont restées stables (ajoutez une explication dans les zones de texte de la page suivante).
- Non, elles sont restées stables.
- N/A (je n'avais pas de pathologies pré-existantes)

Si certaines de vos pathologies pré-existantes se sont aggravées, décrivez-le ici (optionnel)

Si certaines de vos pathologies pré-existantes se sont améliorées, décrivez-le ici (optionnel)

Quel est votre groupe sanguin? Si vous ne savez pas, choisissez 'ne sais pas'. *

ne sais pas

Hospitalization

Hospitalisation

Avez-vous consulté un/des médecins pour vos symptômes de COVID-19? Choisissez tout ce qui peut s'appliquer. Incluez les consultations en personne et les téléconsultations (appels, visio). *

- Docteur en médecines alternatives
- Cardiologue
- Dermatologue
- Gastroentérologue
- Hématologue
- Interniste
- Immunologue/ Allergologue
- Spécialiste des maladies infectieuses
- Mon médecin traitant/ un généraliste
- Neurologue
- Gynécologue-obstétricien
- Psychiatre
- Pneumologue
- Rhumatologue

- Autre
- Je n'ai pas vu de docteurs

Avez-vous été hospitalisé? *

- Oui
- Non
- J'ai été aux urgences mais je n'ai pas été admis pour la nuit

Si oui, combien de temps avez-vous été hospitalisé? [Number of days] *

Avez-vous été mis sous oxygène durant votre séjour à l'hôpital? *

- Oui, canules nasales
- Oui, j'ai été intubé
- Non
- Je n'ai pas été hospitalisé
- Autre

(Optionnel) Si vous le souhaitez, décrivez votre parcours de soin.



COVID-19 Testing

Avez-vous été testé pour le COVID-19 par écouvillon? (Ce n'est pas la question au sujet des tests pour les anticorps, qui est traitée dans une autre partie de l'étude.) *

- Oui, j'ai été testé au moins une fois.
- Non, j'ai essayé d'être testé mais je n'ai pas pu l'être.
- Non, je n'ai pas essayé d'être testé

Combien de fois avez-vous été testés? (test par écouvillon) *

- 1
- 2
- 3
- Autre

A quelle date avez-vous **premier** été testé? (si vous ne vous rappelez pas de la date exacte, entrez une approximation) *

	Mois	Jour	Année

Sélectionnez:

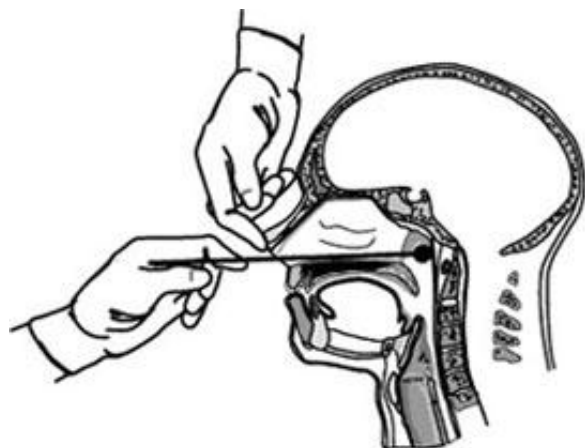
 | | |

S'agit-il d'une date approximative?

C'est une date approximative

Quel était le type de votre **premier** test COVID-19?

- Nasal (sécrétions nasales des narines sans reculer jusqu'à l'arrière du nez et de la gorge)
- Nasopharyngé (sécrétions nasales depuis le fond des narines jusqu'à la cavité à l'arrière du nez et de la gorge)



- Gorge
- Autre

Quel était le résultat de votre test? *

- Positif
- Négatif
- Non concluant/ en attente des résultats

A quelle date avez-vous été testé la **deuxième** fois? (si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, indiquez une date approximative) *

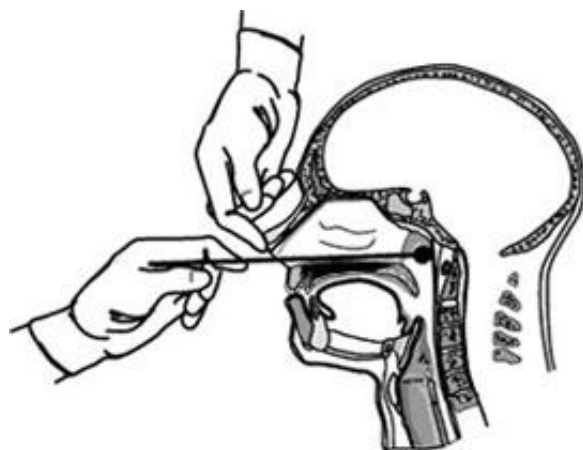
	Mois	Jour	Année
Sélectionnez:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

S'agit-il d'une date approximative?

C'est une date approximative.

Quel était le type de votre **deuxième** test COVID-19?

- Nasal (sécrétions nasales des narines sans reculer jusqu'à l'arrière du nez et de la gorge)
- Nasopharyngé (sécrétions nasales depuis le fond des narines jusqu'à la cavité à l'arrière du nez et de la gorge)



- Gorge
- Autre

Quel était le résultat de votre test? *

- Positif
- Négatif
- Non concluant/en attente de résultats

A quelle date avez-vous été testé pourz la the **troisième** fois? (si vous ne vous souvenez pas de la date exacte indiquez une date approximative) *

	Mois	Jour	Année
Sélectionnez:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

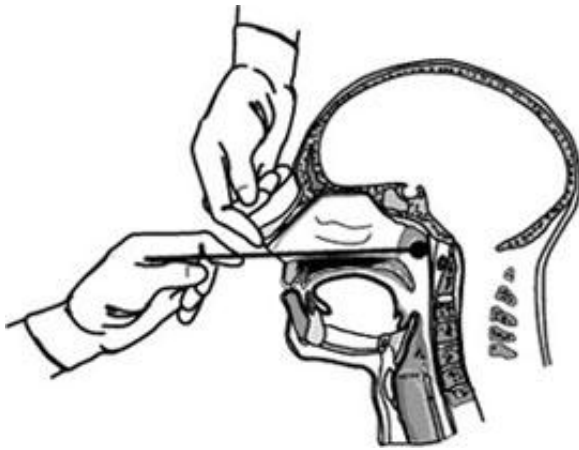
Est-ce une date approximative?

- Oui, c'est une date approximative.

Quel était le type de votre **troisième** test COVID-19?

- Nasal (sécrétions nasales des narines sans reculer jusqu'à l'arrière de la gorge et du nez)

- Nasopharyngé (sécrétions nasales depuis le fond des narines jusqu'à la cavité à l'arrière du nez et de la gorge)



- Gorge
 Autre

Quel était le résultat de votre test? *

- Positif
 Négatif
 Non concluant/ en attente de résultats

Si vous avez fait d'autres tests, notez-les ici. Mettez chaque test sur une ligne différente avec le type la date et le résultat, séparés par une virgule. Par exemple: nasopharyngé, 4-1-20 (mois jour année), positif. Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, indiquez la plus proche possible.



Antibody Testing

Avez-vous eu un test sérologie anticorps? *

- Oui, j'ai été testé au moins une fois pour les anticorps
- Non, je n'ai pas été testé pour les anticorps

Combien de fois avez-vous été testé pour les anticorps? *

Quel était votre résultat au test sérologique anticorps? *

- J'ai été positif pour les deux sortes d'anticorps (IgM IgG)
- Je n'ai été positif qu'aux anticorps IgM
- Je n'ai été positif qu'aux anticorps IgG
- Je ne connais pas le type d'anticorps mais j'ai testé positif.
- J'ai été négatif aux anticorps

Si vous avez été testé positif et que votre résultat incluait une valeur de

titres d'anticorps, quelle était cette valeur pour les IgM?

Si vous avez été testé positif et que votre résultat incluait une valeur de titres d'anticorps, quelle était cette valeur pour les IgG?

De quel type de test s'agissait-il? *

- Prise de sang
- Piqûre au bout du doigt

Indiquez la date de votre test anticorps (si vous ne vous en souvenez pas indiquez une date approximative). *

	Mois	Jour	Année
Sélectionnez:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Est-ce une date approximative?

C'est une date approximative

Qui est le fabricant du test? (N'en sélectionner un que si vous en êtes

certain, sinon sélectionnez "je ne sais pas.") *

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Je ne sais pas |
| <input type="radio"/> EuroImmune | |

Avez-vous un autre test anticorps à mentionner? *

- Oui
 Non

Quel était votre résultat au test pour les anticorps? *

- J'ai été testé positif aux deux types d'anticorps (IgG et IgM)
 J'ai été testé positif aux anticorps IgM
 J'ai été testé positif aux anticorps IgG
 Je ne connais pas le type d'anticorps mais j'ai été testé positif.
 J'ai été testé négatif aux anticorps

Si vous avez été testé positif et que votre résultat indiquait une valeur pour les titres d'anticorps quelle était cette valeur pour les (in mg/dL) IgM? *

Si vous avez été testé positif et que votre résultat indiquait une valeur

pour les titres d'anticorps, quelle était cette valeur pour les
(in mg/dL) for IgG? *

De quel genre de test s'agissait-il? *

- Prise de sang
 Piqûre au bout du doigt

Entrez la date de votre test anticorps (si vous ne vous souvenez pas de
la date exacte, entrez une approximation). *

	Mois	Jour	Année
Sélectionnez:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Est-ce une date approximative?

- C'est une date approximative.

Quel était le fabricant du test? (Indiquez le fabricant que si vous en
êtes certain, sinon sélectionnez "Je ne sais pas.") *

- Abbott Ortho-Clinical Diagnostics Vitros
 Roche DiaSorin
 Mt. Sinai Je ne sais pas

EuroImmune

Avez-vous un autre test anticorps à mentionner? *

- Oui
 Non

Quel était votre résultat au test pour les anticorps? *

- J'ai été testé positif pour les deux types d'anticorps (IgG and IgM)
 J'ai été positif aux anticorps IgM
 J'ai été positif aux anticorps IgG
 Je ne connais pas le type d'anticorps mais j'ai été testé positif
 J'ai été négatif aux anticorps

Si vous avez été testé positif et que votre test incluait une valeur de titre d'anticorps, quelle était cette valeur pour les IgM? *

si vous avez été testé positif et que votre test incluait une valeur de titre d'anticorps, quelle était cette valeur pour les IgG? *

De quel type de test s'agissait-il? *

- Prise de sang
- Piqûre au bout du doigt

Indiquez la date de votre test anticorps (si vous ne vous souvenez pas de la date, indiquez une date approximative). *

	Mois	Jour	Année
Sélectionnez:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Est-ce une date approximative?

- C'est une date approximative

Qui était le fabricant du test? (Indiquez le nom du fabricant que si vous en êtes certain sinon choisissez "Je ne sais pas.") *

- Abbott
- Roche
- Mt. Sinai
- EuroImmune
- Ortho-Clinical Diagnostics Vitros
- DiaSorin
- Je ne sais pas

Symptoms

Symptômes mnésiques

Avez-vous eu **DES SYMPTOMES LIES A LA MEMOIRE** depuis le début de votre COVID-19? *

- Oui
 Non

Parmi les symptômes suivants liés à la mémoire lesquels avez-vous eus depuis le début de votre maladie au COVID-19? *

- Perte de mémoire à court terme (mémoire qui dure moins de 30s, comme se souvenir d'un numéro de téléphone avant de l'écrire ou oublier que vous êtes au milieu d'une tâche)
- Perte de mémoire à long terme (par exemple se souvenir de ce que l'on a fait la veille, oublier que l'on a déjà fait une tâche, oublier des choses que l'on a déjà apprises)
- Ne pas être capable de se faire de nouveaux souvenirs
- Oublier comment on fait des tâches du quotidien (faire ses lacets, se laver les mains)
- Aucune des réponses ci-dessus
- Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois, cocher le.

Semaine Semaine Semaine Semaine **Mois** Mois Mois Mois M
1 2 3 4 **2** 3 4 5

Symptômes
mnésiques

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

Avez-vous eu des problèmes de **BROUILLARD**

CEREBRAL (incapacité à se concentrer, penser clairement, planifier, comprendre, pensées accélérées ou ralenties) depuis le début de votre COVID-19? *

Oui

Non

Parmi les symptômes suivants de type brouillard cérébral/dysfonctionnement cognitif, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

- Difficultés au niveau des fonctions exécutives (planification, organisation, abstraction)
- Agnosie (incapacité à identifier des objets en dépit d'un fonctionnement sensoriel normal)
- Difficultés à résoudre des problèmes ou prendre des décisions
- Difficultés à réfléchir
- Accélération de la pensée
- Ralentissement de la pensée
- Mauvaise attention ou concentration
- Je n'ai pas eu de symptômes de brouillard cérébral
- Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis **mois** (si vous n'avez pas encore atteint une certaine semaine ou mois, laissez vide). Même si vous n'avez eu ces symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	M
Brouillard cérébral/dysfonctionnement cognitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Changes to Daily/Functional Abilities due to memory loss or brain fog

Vous êtes-vous sentis significativement limité ou incapable de réaliser une ou des activités ci-dessous en raison de votre **PERTE DE MEMOIRE/BROUILLARD CEREBRAL** (incluant les troubles de l'attention, les dysfonctionnements cognitifs et les altérations de l'état de conscience) spécifiquement? *

	Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
Conduire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
S'occuper des enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Cuisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Se nourrir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Prendre une douche ou un bain régulièrement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

	Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
Prendre des décisions sérieuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Quitter la maison et revenir sans se perdre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Se souvenir du mois ou de l'année	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Tenir une conversation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Ne pas oublier son traitement/ses médicaments et se souvenir qu'on l'a pris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

	Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
Travailler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Suivre des consignes simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Communiquer vos pensées et besoins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

Autre

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
----------------------	----------------------	----------------------	---

Optionnel: S'il y a d'autres plans de votre vie qui ont été ou sont affectés par des pertes de mémoire ou du brouillard cognitif incluez les ici. Précisez si les symptômes sont légèrement, modérément ou sévèrement incapacitants.

Optionnel: Utilisez cet espace pour décrire des exemples de votre brouillard cérébral, problèmes mnésiques et troubles de l'attention. N'incluez pas d'information qui puisse permettre l'identification (comme un nom ou une localisation).

Emotional/Behavioral Changes

Changements émotionnels et de comportement

En comparaison de comment vous vous sentiez avant COVID, avez-vous noté l'aggravation d'un ou plusieurs des éléments suivants? *

- Difficultés à contrôlr vos émotions
- Manque d'inhibition (difficultés à contrôler son comportement)
- Irritabilité
- Colère
- Impulsivité (agir sur un coup de tête sans sef controle)

- Agressivité
- Euphorie (un sentiment ou un état d'excitation intense)
- Délires
- Dépression
- Apathie (absence de sentiments, émotions, intérêts ou soucis)
- Suicidalité
- Changements d'humeur
- Anxiété
- Manie (excitation, degrés d'humeur anormalement élevés, besoin de sommeil diminué, délires occasionnels)
- Hypomanie (forme modérée de manie)
- Pleurs
- Sentiment de malheur
- Aucune des réponses ci-dessus
- Autre

Optionnel: Utilisez cet espace pour donner des exemples de vos changements émotionnels durant votre maladie.

Veuillez ne pas inclure d'informations d'identification (nom, emplacement, etc.).

Optionnel: Si vous avez déjà eu ces émotions **pre-COVID**, expliquez en quoi elles étaient différentes **post-COVID**.

N'incluez pas d'information qui puisse permettre l'identification
(nom, localisation etc.)

Speech and Other Language Issues

Troubles de la parole et du langage

Avez-vous eu des problèmes de **PAROLE ET LANGAGE** depuis le début de votre COVID-19 ? *

- Oui
 Non

Parmi les symptômes ci-dessous concernant la parole et le langage, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

- Difficultés à trouver les mots à l'écrit/à l'oral
 Difficultés à communiquer à l'oral
 Difficultés à former des phrases complètes
 Troubles de l'articulation
 Difficultés à communiquer par écrit
 Difficultés à comprendre ce que les autres disent
 Difficultés à lire/ comprendre le langage écrit

- (le cas échéant) changements de vos capacités concernant votre éventuelle deuxième/troisième langue
- Aucune des réponses ci-dessus
- Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis **les mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, sélectionnez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6
Troubles de la parole et du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parlez-vous plusieurs langues? *

- Oui
- Non

Optionnel: Utilisez cet espace pour donner des exemples de vos troubles du langage, incluant la parole, l'écriture, la lecture, et la compréhension orale. Incluez tous les changements que nous n'avons pas mentionnés ci-dessus. Par exemple si vous parlez plusieurs langues et que vous avez remarqué des problèmes différents selon la

langue.

Headaches

Maux de tête

Avez-vous eu d'inhabituels **MAUX DE TETE OU PROBLEMES ASSOCIES** depuis le début de votre COVID-19? *

- Oui
 Non

Parmi les symptômes suivants, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19 ? *

- Maux de tête, à la base du crâne
 Maux de tête, dans les tempes
 Maux de tête, derrière les yeux
 Maux de tête, diffus (tout l cerveau)
 Maux de tête/douleur après effort
 Maux de tête, autre
 Sensation de cerveau qui chauffe/"en feu"

- Sensation de pression au cerveau
- Migraines
- Torticolis
- Aucune des réponses ci-dessus

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	M
Maux de tête et symptômes associés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sense of Smell and Taste

Goût et Odorat

Avez-vous eu des changements de **GOÛT OU D'ODORAT** depuis le début de COVID-19 ? *

- Oui
- Non

Parmi les symptômes suivants, lesquels avez-vous eus depuis de début de votre COVID-19? *

- Perte d'odorat
- Odeurs fantômes (imaginer des odeurs qui ne sont pas là)
- Hypernosmie/ augmentation de l'odorat
- Odorat altéré
- Perte du goût
- Goûts fantômes (imaginer un goût, avoir un goût dans la bouche alors qu'il n'y a rien)
- Augmentation du sens du goût
- Goût altéré
- Aucune des réponses ci-dessus

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez ces symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mo (if applicable)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5
Changements du goût ou de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez eu des goûts fantômes décrivez les:

Si vous avez des odeurs fantômes, décrivez les:

Tremors and Vibrating Sensations

Tremblements et Sensations de vibrations

Avez-vous eu des **TREMBLEMENTS OU DES SENSATIONS DE VIBRATION** depuis le début de votre COVID-19 ? *

Tremblement: contraction musculaire involontaire et rythmique conduisant à des tremblements dans une ou plusieurs parties du corps

Sensations de vibration: Une impression de boudonnement, comme si vos muscles, doigts ou jambes vibraient de l'intérieur mais on ne voit pas le mouvement

- Oui
- Non

Parmi les symptômes suivants, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19 illness? *

Indiquez la partie du corps concernée dans la zone de texte. S'il y a plusieurs endroits, séparez les avec une virgule (par exemple jambes, torse, mains) .

- Tremblements
- Sensations de vibration

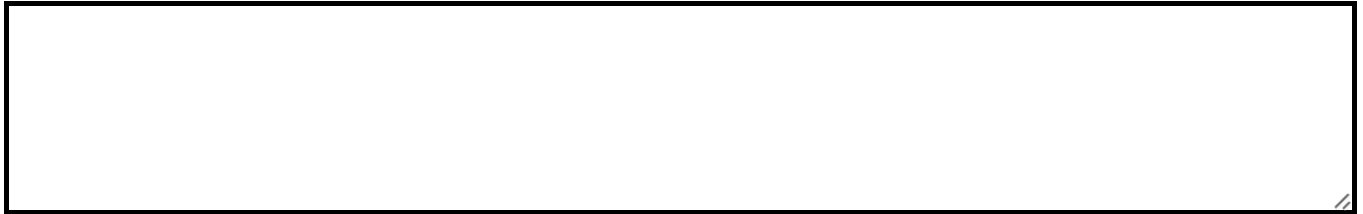
quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensations de vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilisez cet espace pour donner des exemples de vos tremblements ou sensations de vibration durant votre maladie.

N'incluez aucune information qui puisse permettre l'identification (comme un nom ou une localisation).



Sleeping issues

Troubles du sommeil

Avez-vous eu des **TROUBLES DU SOMMEIL** depuis le début de votre COVID-19 ? *

- Oui
 Non

Parmi les troubles du sommeil suivants, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

- Rêves lucides (rêves durant lesquels vous êtes conscients de rêver ou avez un certain contrôle sur vos rêves)
- Rêves réalistes
- Cauchemars
- Insomnie
- Sueurs nocturnes
- Syndrome des jambes sans repos/Impatiences
- Réveillé par l'impression de ne plus pouvoir respirer
- Apnée du sommeil

Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous eu des insomnies, parmi les propositions suivantes lesquelles décrivent le mieux votre type d'insomnies? *

- Difficultés à s'endormir
- Réveil tôt le matin
- Multiples réveils dans la nuit
- Aucune des réponses ci-dessus

Quelle était/est la cause de votre insomnie? *

- Douleur
- Sensibilité aux bruits/lumières extérieurs
- Autre inconfort physique
- Anxiété/ dépression/ pensées intrusives
- Difficultés à respirer
- Sensation d'adrénaline/énergie
- Sensation que le virus me garde éveillé
- Autre

Hallucinations

Hallucinations

Avez-vous eu des **HALLUCINATIONS** (visuelle, tactile, auditive) depuis le début de votre COVID-19? *

- Oui
- Non

Parmi les hallucinations suivantes, lesquelles avez-vous eues depuis le début de votre COVID-19? *

- Hallucinations visuelles
- Hallucinations auditives
- Hallucinations tactiles
- Hallucinations, autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez vos symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois** (si vous n'avez pas encore atteint une semaine ou un mois, laissez vide). Même si vous avez eu ces symptômes seulement sur une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Week 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Faiblesse, engourdissement, picotement, sensation de froid et autres sensations

Parmi les propositions suivantes, quels **SYMPTOMES OU SENSATIONS NEUROLOGIQUES** avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

Précisez la partie du corps concernée dans la zone de texte. Si plusieurs parties du corps sont concernées, séparez les avec une virgule (par exemple main, jambe, pied).

Sensations de la peau: brûlures, picotements, ou démangeaisons sans rash

Perte de sensation/engourdissement

- Engourdissement/faiblesse d'un côté du corps seulement
- Sensation de froid
- Sensations de picotements/ d'aiguilles
- sensations de chocs/décharges électriques
- Paralysie faciale (indiquez le côté touché)
- Sensation de pression/perte de sensibilité du côté gauche
- Sensation de pression/perte de sensibilité du côté droit
- Sensation de pression/perte de sensibilité autre
-
- Faiblesse
- Aucune des réponses ci-dessus

Quand avez-vous eu des symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (if applicable)**. Même si vous avez eu ces symptômes sur seulement une partie de la semaine ou du mois, coche le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Toutes les sensations neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperature Issues

Problèmes de température

Avez-vous eu des **PROBLEMES DE TEMPERATURE** (incluant la tolérance à la chaleur, frissons, température haute ou basse) depuis le début de COVID-19 ? *

- Oui
- Non

Parmi les propositions suivantes avez-vous eu des **PROBLEMES DE TEMPERATURE** depuis le début de votre COVID-19? *

- Variations de température (variations rapides allant d'une absence de fièvre à une fièvre avérée)
- Intolérance à la chaleur
- Autres problèmes liés à la température non listés ci-dessus ou ci-dessous

Si vous avez eu des problèmes de température, quand les avez-vous eus ? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois** (si vous n'avez pas encore atteint une semaine/mois, laissez vide). Même si vous avez eu seulement des symptômes pour une partie

de la semaine ou du mois, cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Température élevée (98.8-100.4 degrés Fahrenheit, 37.1-37.9 Celsius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre (100.4 degrés Fahrenheit / 38 degrés Celsius ou au-delà)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frissons/bouffées de chaleurs/sueurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout autre problème de température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez eu une température basse, quelle était votre température la plus basse? Entrez seulement le nombre.

Si vous avez eu une température élevée, quelle était votre température la plus élevée? Entrez seulement le nombre.

Cardiovascular Symptoms

Symptômes cardiaques

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez ces symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**, si vous avez eu ces symptômes seulement sur une partie de la semaine/mois cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Tachycardie (rythme cardiaque élevé, >90 BPM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradycardie (rythme cardiaque bas, <60 BPM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations (sensation que votre coeur va trop vite ou saute des battements ou résonne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veines inflammées/ qui ressortent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caillots
(thrombose)

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, quel était votre rythme cardiaque maximum (en BPM), **au repos**?

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, quel était votre rythme cardiaque maximum (en BPM), à l'**effort** (durant une activité physique)?

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, votre rythme cardiaque était-il plus haut debout qu'assis?

- Oui il était plus haut quand j'étais debout
- Non il était plus haut quand j'étais assis
- Assis ou debout il était pareil

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, de combien votre rythme cardiaque a-t-il changé (en BPM) lorsque vous passiez de la position assise à la position debout ?

All Other Symptoms - Timecourse

Cette section recouvre plusieurs groupes de questions concernant plusieurs symptômes/problèmes organisés par parties du corps (**Troubles génériques, troubles gastro-intestinaux, troubles respiratoires et des sinus, symptômes ORL, symptômes ophtalmologiques/des yeux, symptômes du système urinaire et reproductif, problèmes de peau et allergies, troubles musculo-articulaires**)

Avez-vous eu ces symptômes, et si oui, quand? *

Cochez ces symptômes pour les premières **4 semaines**, et puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine/mois seulement, cochez le. **Si vous n'avez eu aucun de ces symptômes cochez (aucune des réponses ci-dessus)**.

Troubles génériques

Aucun des symptômes génériques ci-dessous ne s'applique à moi

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu des symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois, cochez les.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3
Vertiges/Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Névrалgie (douleurs des nerfs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions (confirmées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions (suspectées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à respirer, épisodes de dyspnée avec une saturation en oxygène normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saturation en oxygène basse (<94%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvelle/inhabituelle réaction anaphylactique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episode de confusion aigue/désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'articulation/difficultés à prononcer les mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hypoglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles gastro-intestinaux

Aucun des troubles gastro-intestinaux suivants ne s'appliquent à moi

Troubles gastro-intestinaux

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlures à l'oesophage / reflux gastro oesophagien / remontées acides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptômes respiratoires et des sinus

Aucun des symptômes respiratoires ci-dessous

Symptômes respiratoires et des sinus

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	N
Toux sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toux productive avec mucus/glaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tousser du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eternuement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nez qui coule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleurs/brûlures à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiration bruyante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>						

Symptômes ORL

Aucun des symptômes ci-dessous

Symptômes ORL

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	N
Perte d'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres troubles ORL/auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Symptômes ophtalmologiques

Aucun des symptômes ophtalmologiques ci-dessous

Symptômes visuels et des yeux

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	M
Symptômes visuels et des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Symptômes concernant les yeux, autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

Symptômes du système reproductif et urinaire

Aucun des symptômes du système reproductif et urinaire

Symptômes du système reproductif et urinaire

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Troubles des cycles menstruels/règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du contrôle de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes de peau et allergie

Aucun problème de peau ou allergie

Problèmes de peau et allergies

	N/A	Week 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2
Peau qui pèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pétéchies (minuscules points violets, rouges ou marron sur la peau, le plus souvent les bras, l'estomac, les fesses et parfois la bouche ou les paupière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orteils COVID (décolorations, gonflements, rougeurs, douleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatographie (lignes rouges quand vous vous grattez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvelles allergies (alimentaires, environnementales, produits chimiques, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <input style="width: 280px; height: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles musculo-articulaires

Aucun des symptômes ci-dessous

Problèmes musculaires et articulaires

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Spasmes musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs/brûlures dans l'os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

All Other Symptoms - Checkbox

Tous les autres symptômes

Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes suivants depuis le début de votre COVID-19? *

(Veuillez choisir toutes les options qui s'appliquent)

- Incapacité à pleurer
- Incapacité à bâiller
- Boule dans la gorge/difficultés à avaler
- Changements de la voix
- Tousseur du sang
- Sentiment de ne pas être réel, que vous vous observez de l'extérieur (dépersonnalisation)
- Sentiment que le monde n'est pas réel (déréalisation)
- Soif intense
- Aucun des éléments ci-dessus

Symptômes ORL et audition

- Douleur à l'oreille
- Changements du canal auriculaire (comme une sensation de pression, blocage, brûlure)

- Perte de sensation
- Sensibilité au bruit
- Autres problèmes ORL et d'audition
- Aucun des éléments ci-dessus

Yeux et vision

- Symptômes visuels - vision floue
- Symptômes visuels - vision double
- Symptômes visuels - Sensibilité à la lumière
- Symptômes visuels - vision en tunnel
- Symptômes visuel - Perte de la vue
- Douleurs ou pressions aux yeux
- Yeux rouges (conjonctivites)
- Yeux injectés de sang
- Yeux secs
- Rougeurs de l'extérieur des yeux
- Corps flottans
- voir des choses dans le champ visuel périphérique
- Autres problèmes oculaires ou visuels:
- Aucune des réponses ci-dessus

Système reproductif et urinaire

- Ménopause précoce
- Saignements/spotting post ménopause
- Règles anormalement abondantes
- Règles anormalement irrégulières

- Autres problèmes des cycles menstruels
- Réduction de la taille des testicules/du pénis
- Douleurs aux testicules
- Autres problèmes concernant la semence, le pénis, les testicules
- Dysfonctionnement sexuel (difficulté à maintenir une érection, sécheresse vaginale, difficultés à atteindre l'orgasme)
- Problèmes urinaires, autres
- Aucune des réponses ci-dessus

Troubles gastro-intestinaux

- Sensation de satiété/d'être plein très rapide
- Douleurs abdominales
- Transit hyperactif
- Aucune des réponses ci-dessus

Allergies et problèmes de peau

- Allergies nouvelles (alimentaires, environnementales, chimiques, etc)
- Allergies anciennes avec des réactions aggravées
- Démangeaisons de la peau
- Démangeaisons des yeux
- Démangeaisons, autres
- Ongles cassants/ décolorés
- Zona

Aucune des réponses ci-dessus

Symptom Course

Quelle était la sévérité de vos symptômes au cours des **semaines et /des mois?** *

Si vous avez eu des niveaux de gravité divers pour vos symptômes choisissez le plus sévère sur la période donnée.

	Pas de symptôme	Très léger	Léger	Modéré	Sévère	Très sévère
Semaine 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas de symptôme	Très léger	Léger	Modéré	Sévère	Très sévère
Mois 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas de symptôme	Très léger	Léger	Modéré	Sévère	Très sévère

Lesquelles des propositions suivantes décrit le mieux votre expérience

des rechutes ou du cours de vos symptômes de manière globale?

Choisissez tout ce qui convient: *

- Je n'ai pas de rechutes/ je n'ai pas encore eu de rechutes
- Mes rechutes suivent un pattern régulier (mensuel, journalier, hebdomadaire).
- Mes rechutes suivent un pattern irrégulier (au hasard).
- Mes rechutes se produisent en réaction à un déclencheur (stress, alcool, exercice/effort, etc).
- Mes rechutes sont de plus en plus courtes/légères avec le temps.
- Mes rechutes sont de plus en plus longues/difficiles avec le temps.
- Le degré de sévérité de mes rechutes est stable dans le temps.
- Mes rechutes suivent un pattern régulier (mensuel, quotidien, hebdomadaire)
- Mes rechutes ne correspondent pas à un pattern identifiable.
- Globalement les symptômes se sont lentement aggravés avec le temps.
- Mon état s'est détérioré rapidement.
- Mon état s'est amélioré rapidement.
- Autre

Lesquels des facteurs ci-dessous aggravent vos symptômes ou entraînent une rechute? Sélectionner tous ceux qui peuvent s'appliquer à votre cas: *

- Stress
- Alcool
- Caféine
- Chaleur
- Règles

- Semaine avant les règles
- Exercice
- Activité physique
- Activité mentale
- Autre

Comment évalueriez vous votre état de santé aujourd'hui, sur une échelle de 0-100 % (100 étant votre état de santé de base pré-COVID)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
%

Symptom Severity

Donnez au moins les **trois symptômes** qui ont été les plus incapacitants durant votre convalescence.

Sur une échelle de 0-10, quel était leur degré de sévérité? (0 pas d'incapacité du tout, 10 correspond à complètement incapacité).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Symptôme 1 *

Symptôme 2 *

Symptôme 3 *

Symptôme 4

Symptôme 5

Post-Exertional Malaise (effects of physical and mental activity on symptoms)

Malaise Post-Effort

Aggravation ou rechute des symptômes après un effort physique ou mental

Durant votre COVID-19, avez-vous eu une rechute/aggravation de vos symptômes après une activité physique ou mentale? *

- Oui
 Non

A quel point vos symptômes/rechutes étaient-ils sévères en moyenne?
Placez le curseur sur 0 si vous n'avez pas eu ces symptômes. *

	Pas de malaise Post-Effort				Malaise Post-Effort			Fort malaise Post-Effort			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Physique											<input type="text"/>
Cognitif											<input type="text"/>

Si vous avez eu une aggravation ou rechute après une activité **Physique** quand l'aggravation/rechute est-elle arrivée? *

- Immédiatement
- Le même jour, après quelques heures
- Le jour d'après
- Quelques jours après
- Cela varie
- Je n'ai pas de rechutes/ je n'ai pas encore eu de rechutes après une activité physique

Si vous avez eu une rechute/aggravation après une activité **Mentale** quand la rechute/aggravation est-elle arrivée? *

- Immédiatement
- Le même jour, après quelques heures
- Le jour d'après
- Quelques jours après
- Cela varie

- Je n'ai pas eu de rechute/aggravation après une activité mentale
not experience worsening/relapse of symptoms after Mental Activity

Combien de temps dure la rechute/aggravation des symptômes suivant une activité physique ou mentale, en général? *

- Quelques heures
 Quelques jours
 Quelques semaines
 Autre

(Optionnel) Expliquez tout ce que vous voulez partager de votre expérience avec le Malaise Post Effort. Par exemple vous pouvez donner des exemples des activités qui aggravent le plus vos symptômes (la marche, l'exercice intense, la lecture, regarder des films, etc...).

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les **4 premières semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois cochez les.

Semaine Semaine Semaine Semaine **Mois** Mois Mois

	1	2	3	4	2	3	4
Aggravation/rechutes des symptômes après un effort physique ou cognitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fatigue Assessment Scale

Fatigue

Les dix affirmations suivantes font état de votre état de fatigue **actuel** au stade où vous en êtes de votre COVID-19 (sur la semaine qui vient de passer). **Donnez une réponse à toutes les questions même si vous n'avez plus de plaintes à ce sujet en ce moment.** *

	Jamais	Quelquefois	Régulièrement	Souvent	Tout le temps
Je suis gêné par la fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fatigue très rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne fais pas grand chose durant la journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai assez d'énergie pour la vie quotidienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiquement je suis épuisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Quelquefois	Régulièrement	Souvent	Tout le temps

J'ai du mal à commencer les choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai du mal à réfléchir clairement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai envie de rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentalement, je suis épuisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand je fais quelque chose j'arrive à me concentrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En comparaison avec votre état de santé pré COVID-19, comme définiriez vous votre degré de fatigue **durant** votre convalescence? *

- Significativement plus élevé que pre-COVID
- Modérément plus élevé que pre-COVID
- Légèrement plus élevé que pre-COVID
- Pareil que pre-COVID
- Moins élevé que pre-COVID

Combien de repos journalier avez-vous eu en moyenne DURANT votre convalescence? (du repos signifie du temps passé à guérir/se relaxer sans travailler, s'occuper des enfants, ou autres obligations). **N'incluez pas votre temps de sommeil/siestes.** *

- moins de 2heures par jours
- 2-4hrs
- 4-6hrs
- 6-8hrs
- plus de 8 heures par jour

Si vous avez ressenti de la fatigue, à quel moment? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez les.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Changes in Sensitivity to Medication or Other Substances

Changements dans la sensibilité aux médicaments ou autres substances

Avez-vous eu des changements de votre sensibilité aux médicaments ou autres substances? *

- Oui
 Non

Quel(s) médicament(s) ou substance(s)? S'il y en a plusieurs séparez les avec une virgule.

S'il s'agit de médicaments, pour quelle raison les prenez-vous?

Décrivez les changements que vous avez remarqués:

General Functioning

En général, vous diriez que votre état de santé AVANT le COVID était: *

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Correct
- Mauvais

En général vous diriez que votre état de santé ACTUEL est: *

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Correct
- Mauvais

Votre capacité à monter plusieurs étages est-elle limitée par votre état de santé actuel? *

- Oui très limitée
- Oui, un peu limitée
- Non, pas limitée du tout

Votre capacité à faire le tour du pâté de maisons est-elle limitée par votre état de santé actuel? *

- Oui, très limitée
- Oui, un peu limitée
- Non, pas limitée du tout

Votre capacité à vous doucher ou vous habiller est-elle limitée par votre état de santé actuel? *

- Oui, très limitée
- Oui, un peu limitée
- Non, pas limitée du tout

Durant les 4 dernières semaines vos capacités concernant le travail ou

d'autres activités quotidiennes ont-elles été limitées en raison de votre **santé physique**? (cochez tout ce qui s'applique à votre cas) *

- Vous avez accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité
- Vos capacités étaient limitées dans certains types de travail/ou autres activités
- Pas limitées

Durant les 4 dernières semaines vos capacité concernant le travail ou d'autres activités quotidiennes ont-elles été limitées en raison de votre **santé émotionnelle**? (cochez tout ce qui peut s'appliquer) *

- Vous avez accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité
- Vos capacités étaient limitées dans certains types de travail/ou autres activités
- Pas limitées

Mental Health

Santé mentale

Vous pouvez choisir de ne pas répondre aux questions.

Si vous avez des pensées suicidaires, ces lignes d'assistance gratuites sont disponibles 24/7 pour vous apporter du soutien:

US: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: text TALK to 741741)

UK: 116 123

Netherlands: 0800 0113

Canada: 833-456-4566

Trouvez [des lignes d'assistance supplémentaires](#) pour votre pays

Avez-vous (avant vos symptômes de COVID-19) été diagnostiqué avec un problème de santé mentale (e.g. dépression, anxiété, trouble panique, psychose, etc.)?

- Oui
 Non

Pensez-vous avoir, ou avoir eu des problèmes de santé mentale qui n'ont pas été diagnostiqués?

- Oui
 Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, laquelle/lesquelles des propositions suivantes vous correspond? (cochez tout ce qui peut s'appliquer)

- Dépression
 Trouble bipolaire
 Troubles anxieux
 Trouble lié à l'usage de substances
 Troubles alimentaires
 Trouble de la personnalité
 Trouble psychotique
 Délire
 Stress post-traumatique (PTSD)

Autre

Pour chaque trouble pouvant s'appliquer à vous, spécifiez:

	N/A	Pas de changement durant le COVID-19	Début durant le COVID- 19	Aggravation significative durant le COVID-19	Aggravation modérée durant le COVID-19
Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble bipolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble lié à l'usage de substances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de la personnalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble psychotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress post-traumatique (PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Optionnel: Décrivez comment ces troubles vous ont affecté durant le COVID-19.



Depressive Symptoms

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par un/plusieurs des problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir mal, déprimé ou sans espoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés pour s'endormir, rester endormi ou trop dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir fatigué ou sans énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Sentiment que vous êtes un raté, que vous avez laissé tomber votre famille/vous-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parler et bouger de façon si ralentie que les autres l'ont remarqué ou l'inverse, être si agité que vous bougez plus que d'habitude.

Penser que vous seriez mieux mort ou penser à vous faire du mal.

Jamais

Plusieurs jours

Plus de la moitié du temps

Presque tous les jours

Si vous avez coché un des problèmes ci-dessus avez-vous trouvé difficile en raison de ce/ces problèmes, de faire votre travail, s'occuper des choses de la maison, s'entendre avec les autres?

- Pas difficile du tout
- Un peu difficile
- Très difficile
- Extrêmement difficile

(Optionnel) Si vous le souhaitez vous pouvez partager votre expérience

Anxiety Symptoms

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par un/plusieurs des problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Se sentir nerveux ou anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas pouvoir arrêter ou contrôler son inquiétude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se faire trop de soucis à propos de plusieurs choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
difficultés à se relaxer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Etre si agité qu'il vous est difficile de rester assis ou immobile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etre facilement ennuyé/irrité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir peur que quelque chose d'horrible se produise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours

Si vous avez coché un des problèmes ci-dessus, avez-vous trouvé difficile en raison de ce/ces problèmes de faire votre travail, s'occuper des choses de la maison, s'entendre avec les autres?

Pas difficile du tout

- Un peu difficile
- Très difficile
- Extrêmement difficile

(optionnel) Si vous le désirez partager votre expérience.

Suicidal Thoughts

pensées suicidaires, ces lignes d'assistance gratuites sont disponibles 24/7 pour vous apporter du soutien:

US: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: text TALK to 741741)

UK: 116 123

Netherlands: 0800 0113

Canada: 833-456-4566

Find [lignes d'assistance supplémentaires](#) pour votre pays

A n'importe quel moment durant votre COVID-19, avez-vous déjà eu:

- Avez-vous souhaité être mort ou ne pas vous réveiller en allant vous coucher?
- Avez-vous pensé à vous suicider?
- Avez-vous pensé à vous faire du mal?
- Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal?
- Je n'ai pas eu de pensées suicidaires

Autre

Psychiatric Medication

Avez-vous eu des médicaments psychiatriques prescrits durant votre convalescence?

- Oui
 Non

Avez-vous eu des changements dans vos traitements psychiatriques durant la pandémie de COVID-19?

- Oui, un réajustement des doses a été fait par rapport à avant
 Oui, un nouveau traitement m'a été prescrit
 Non, j'ai continué mes médicaments aux doses habituelles
 Non, je n'ai pas eu besoin de traitements psychiatriques

Si l'on vous a prescrit de nouveaux médicaments, desquels s'agissaient-ils?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Mélatonine pour l'insomnie |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropion) | <input type="checkbox"/> Stabilisateurs de l'humeur (e.g. lithium, valproic acid, topiramate, etc) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Stimulants |

- Benzodiazepine (médicament contre l'anxiété)
- Antipsychotiques Autre
- Médicaments pour l'insomnie (e.g. zolpidem, zopiclone, zaleplon)

Si vous avez pris un de ces traitements, indiquez comment ils ont affecté votre état. (Cochez tout ce qui peut s'appliquer)

	Beaucoup mieux	Modérément mieux	Légèrement mieux	A peu près pareil	Légère pir
Antidépresseurs (SSRI/SNRI/Wellbutrin, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepine (traitement contre l'anxiété)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsychotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z-drug pour l'insomnie (e.g. zolpidem, zopiclone, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Beaucoup mieux	Modérément mieux	Légèrement mieux	A peu près pareil	Légère pir
Mélatonine pour l'insomnie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stabilisateurs de l'humeur (e.g. lithium, valproic acid, topiramate, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beaucoup mieux Modérément mieux Légèrement mieux A peu près pareil Légère pir

Si vous avez reçu un traitement psychiatrique durant votre COVID-19, cochez tout ce qui peut s'appliquer:

- J'ai reçu un traitement prescrit par mon médecin généraliste/médecin traitant (MG/MT)
- J'ai reçu un traitement prescrit par mon ancien psychiatre
- J'ai reçu un traitement prescrit par mon nouveau psychiatre
- J'ai été dans l'impossibilité d'obtenir le traitement dont j'avais besoin

Si vous n'avez pas reçu de traitement psychiatrique, quelles raisons parmi celles listées ci-dessous ont joué un rôle dans votre impossibilité à recevoir des soins?

- le coût
- l'accès à du matériel compatible avec la téléconsultation
- le soignant de mon choix n'était pas couvert par mon assurance
- le soignant de mon choix n'assurait pas la téléconsultation
- Autre

Coping

Quelles activités avez-vous fait pour améliorer votre bien être/vous aider à faire face? (cochez tout ce qui peut s'appliquer)

- Groupes/Communautés de soutien en ligne dédiés au COVID-19
- Groupes/ Communautés de soutien en ligne non spécifiques
- Thérapie
- Yoga
- Aerobic/Fitness
- Méditation
- Aucune des réponses ci-dessus

Si vous avez rejoint une communauté COVID-19 en ligne, quel a été l'effet de votre participation sur votre bien être psychologique?

- Mon bien être psychologique a été très amélioré
- Mon bien être psychologique a été modérément amélioré
- Pas d'effets sur mon bien être psychologique
- Mon bien être psychologique a été modérément aggravé
- Mon bien être psychologique a été très aggravé

Etes-vous en accord avec cette affirmation? "Je n'ai pa été pris au sérieux par un ou plusieurs de mes praticiens"

- Complètement d'accord
- D'accord
- Assez d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Quelque peu en désaccord
- En désaccord
- Très en désaccord

(Optionnel) Expliquez comment votre appartenance à une

communauté en ligne a joué un rôle sur votre bien être psychologique.

Etre isolé des autres:

- a eu un impact très négatif sur ma santé mentale
 a eu un impact négatif sur ma santé mentale
 n'a pas eu d'impact sur ma santé mentale
 a eu un impact positif sur ma santé mentale
 a eu un impact très positif sur ma santé mentale
 Je n'ai pas été isolé des autres

(Optionnel) Évaluez les 28 énoncés ci-dessous au sujet des méthodes pour faire face

	Je n'ai pas fait ça du tout	Un peu	Moyennement	J'ai beaucoup fait ça
Je me suis réfugié dans le travail ou d'autres activités pour ne plus y penser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai concentré mes efforts pour essayer de faire quelque chose sur la situation dans laquelle je suis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis dit à moi-même "ce n'est pas réel"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai utilisé de l'alcool ou de la drogue pour me sentir mieux

J'ai reçu un support émotionnel de la part d'autres personnes

J'ai renoncé à essayer de gérer

J'ai entrepris des actions pour essayer d'améliorer la situation

Je n'ai pas fait ça du tout

Un peu

Moyennement

J'ai beaucoup fait ça

J'ai refusé de croire que cela était arrivé/déni

J'ai dit des choses pour exterioriser mes sentiments désagréables

J'ai été aidé et conseillé par d'autres personnes

J'ai essayé de voir les choses sous un autre angle, pour les rendre plus positives

J'ai été critique de moi-même

J'ai essayé de développer une stratégie pour m'en sortir

J'ai reçu du soutien et de la compréhension d'autres personnes

Je n'ai pas fait ça du tout

Un peu

Moyennement

J'ai beaucoup fait ça

J'ai abandonné mes tentatives pour faire face

J'ai essayé de trouver du positif dans ce qu'il se passe

J'ai réussi à prendre les choses avec humour/faire des blagues à propos de ça

J'ai essayé de faire des choses pour y penser moins, comme regarder des films ou la télé, lire, rêver, dormir ou faire du shopping

J'ai accepté la réalité/le fait que c'est bien arrivé

J'ai exprimé mes sentiments négatifs

J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou mes croyances spirituelles

Je n'ai pas fait ça du tout

Un peu

Moyennement

J'ai beaucoup fait ça

J'ai essayé de recevoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes

J'ai appris à vivre avec

J'ai beaucoup réfléchi aux possibles étapes à suivre

Je me suis pensé responsable des choses qui m'arrivaient

J'ai prié ou médité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai essayé de prendre la situation avec humour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Je n'ai pas fait ça du tout	Un peu	Moyennement	J'ai beaucoup fait ça

Toute autre chose que vous voudriez partager en ce qui concerne votre façon de gérer la situation.

Structural Support

Comment définiriez le soutien ou l'absence de soutien que vous avez pu recevoir des gens suivants durant le cours de votre maladie?

	Nocif	Dédaigneux	Sceptique	Apathique	Légèrement soucieux
Prestataires médicaux/médecins/professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epoux/partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille (pa époux/partenaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre					

(Optionnel) Si vous en avez envie, n'hésitez pas partager votre expérience de soutien ou absence de soutien de la part des gens durant votre maladie.

Durant votre maladie, lesquels de ces scénarios correspondent à votre expérience?

- Je vivais seul et me suis senti capable de prendre soin de moi-même
- Je vivais seul et aurais eu besoin de plus d'aide qu je n'en ai eu
- Je vivais avec des gens qui ont bien pris soin de moi
- Je vivais avec des gens mais aurais eu besoin de plus d'aide que ce que je n'ai reçu
- Autre

Si vous étiez isolé, soit dans un endroit dans la même maison ou une autre maison, lesquels des scénarios suivants correspondent le mieux à ce que vous avez vécu?

considérez que '**rejoindre les autres**' signifie que vous avez recommencé à vivre avec les autres à nouveau, pas simplement

socialiser/leur rendre visite.

- Je n'ai pas été isolé, j'ai vécu avec d'autres personnes tout le long de ma maladie.
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre les semaines 1 et 3 et ils ont été infectés (probablement par moi)
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre la semaine 1 et 3 et ils n'ont pas été infectés.
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre les semaines 4 et 6 et ils ont été infectés
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre les semaines 4-6 et ils n'ont pas été infectés
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné après la semaine 6 et ils ont été infectés
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné après la semaine 6 et ils n'ont pas été infectés
- Je suis encore isolé/je n'ai pas encore rejoint les autres personnes
- N/A

Avez-vous des animaux de compagnie à la maison? *

- Oui
- Non

Si oui, spécifiez de quels animaux il s'agit: *

- Chats
- Chiens
- rongeurs
- Autres

Concernant les soins médicaux que vous avez reçus durant la pandémie de COVID-19: *

- Je pense avoir reçu les soins appropriés
- Je pense ne pas avoir vraiment reçu les soins appropriés
- Je pense ne pas avoir du tout reçu les soins appropriés
- Je n'ai pas eu besoin de soins médicaux

Concernant l'état de mes finances durant la pandémie de COVID-19 (choisissez tout ce qui peut s'appliquer): *

- J'ai perdu mon travail ou ai été dans l'incapacité de travailler si auto entrepreneur
- Je n'ai pas pu subvenir à mes besoins de base comme le loyer ou la nourriture
- Financièrement j'ai été sous pression mais j'ai réussi à joindre les deux bouts
- Je n'ai pas eu de problèmes financiers

(Optionnel) Je pense que mon gouvernement et les institutions de santé publique ont fait du mieux qu'ils pouvaient pour gérer la pandémie de COVID-19.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Assez d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas d'accord
- Vraiment pas d'accord

Si vous avez des enfants, ont-ils été malades du COVID (ou suspicion de COVID) pour plus de trois semaines?

- Je n'ai pas d'enfant.
- Mes enfants n'ont pas été malades.
- Mes enfants ont été malades mais ont guéri en moins de trois semaines.
- Un ou plusieurs de mes enfants ont été malades pendant plus de 3 semaines, et un ou plusieurs de mes enfants ont guéri avant 3 semaines.
- Tous mes enfants ont été malades pendant plus de 3 semaines.

Work

Etiez-vous employé pre-COVID?

- Oui, à temps plein
- Oui, à temps partiel
- Travailleur indépendant à plein temps
- Travailleur indépendant à temps partiel
- Non

Avez-vous (eu) besoin d'aménagements ou d'une réduction du temps de travail en raison de symptômes persistants?

- Oui, j'ai eu besoin d'une réduction de mon temps de travail (travail en présentiel).
- Oui, j'ai eu besoin de réduire mes heures de travail (travail à distance).

- Oui, j'ai dû quitter mon travail/ j'ai été licencié.
- Non, j'ai continué à travailler comme d'habitude.
- Autre, expliquez

Other Medical Diagnostics

Avez-vous reçu des tests/examens pour vos symptômes physiques de COVID-19? (scanners, échographies, ECG)

- Oui
- Non

Avez-vous eu un/plusieurs des examens médicaux suivants? Si vous avez eu certains de ces tests plusieurs fois, indiquez "anormal" si vous avez reçu à un moment donné un résultat anormal.

	Pas testé	Oui - normal	Oui-anormal
IRM - cerveau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRM - poitrine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scanner - thoracique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scanner - cerveau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scanner - abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas testé	Oui - normal	Oui-anormal
scanner - angiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

radio - thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ponction lombaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
echo-doppler jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
echographie- coeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas testé	Oui - normal	Oui-anormal
echographie-abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECG (coeur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EEG (cerveau)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EMG (muscles/nerfs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre			
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas testé	Oui - normal	Oui-anormal

Si l'IRM du cerveau, le scanner du cerveau ou l'EEG n'étaient pas normaux, expliquez vos résultats ici.

Si l'IRM thoracique, le scanner thoracique ou la radiographie du thorax étaient anormaux, expliquez vos résultats ici.

Si la ponction lombaire n'était pas normale, expliquez vos résultats ici.

Si l'EMG était anormal, expliquez vos résultats ici.

Si un des tests ci-dessus était anormal, expliquez vos résultats ici.

Si vous avez eu des résultats de tests anormaux qui n'ont pas été listés ci-dessus, expliquez vos résultats ici.

Diagnostics Blood Tests

Avez-vous eu des résultats de prises de sang pour vos symptômes de COVID-19? (par exemple NFS)

- Oui
- Non

Quel était le résultat de vos bilans sanguins pour les éléments suivants? S'ils ont été anormaux à un moment donné mais sont revenus dans la norme, indiquez le résultat anormal.

	Pas testé	Normal	Anormal, élevé	Anormal, bas	Pas sûr	Je voulais être testé mais je n'ai pas pu
Creatinine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymphocytes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eosinophiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eosinophiles %	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonction hépatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						Je voulais être testé mais je n'ai pas pu
	Pas testé	Normal	Anormal, élevé	Anormal, bas	Pas sûr	Je voulais être testé mais je n'ai pas pu
D-dimères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VS (vitesse de sédimentation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre						
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour chaque résultat anormal, expliquez plus en détail.

Faites une liste de tous les autres tests sanguins anormaux (chaque test sur une nouvelle ligne).

Avez-vous fait des tests pour les pathologies suivantes depuis le COVID?

	Pas testé	Négatif	Infection actuelle/récente (depuis le COVID)	Infection passée
Epstein-Barr (mono)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maladie de Lyme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cytomegalovirus (CMV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu un des diagnostics ci-dessous pour vos symptômes?

Guillain-Barré

- Neuropathie des petites fibres
- Neuropathie autonome
- Polyneuropathie
- Névralgie (incluez le type de névralgie dans la zone texte)
- Syndrome des antiphospholipides, post viral ou auto immun
- Sarcoïdose
- AVC (incluez le type d'AVC dans la zone de texte)
- lésions démyélinisante
- Syndrome de tachycardie posturale orthostatique (POTS)
- Encephalopathie
- Encephalite (incluez le type d'encéphalite dans la zone de texte)
- Méningoencéphalite
- Méningite
- Encéphalomyélite aiguë disséminée
- Myélite aiguë
- Ophthalmoparésie
- Diagnostic psychiatrique
- Migraine
- Neuropathies crâniennes périphériques ou motrices
- Encéphalopathie postérieure réversible
- Myasthénie
- Microangiopathie thrombotique
- Syndrome de Tapia
- Epilepsie
- Lésion cérébrale traumatique ou symptômes assimilés

- Encéphalomyélite Myalgique/Syndrome de Fatigue Chronique (EM/SFC)
- Atteinte du nerf crânien
- Trou maculaire
- Costochondrite
- Caillots/thromboses
- Myocardite

Expliquez tous les autres diagnostics que l'on vous a donnés (s'il y en a plusieurs, mettez chaque diagnostic sur une ligne et appuyez sur "entrée" pour chacun d'eux.)

Treatments

Avez-vous essayé un des traitements suivants pour vos symptômes de COVID19 et si oui, lesquels/lequel ont été efficaces ou pas et à quel point? (choisissez tout ce qui peut s'appliquer

Incluez les prescriptions ou tout autre traitement alternatif (vitamines, compléments alimentaires, etc...).

	Je n'ai pas essayé	Légèrement utile	Très utile	Pas utile	Pas sûr
Options non médicamenteuses Electrolytes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Programmes de Pacing (gérer le rythme de ses activités)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajout de sel à la nourriture et aux boissons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas, chaussettes ou collants de contention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massage/Drainage lymphatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-histaminiques Anti-histaminiques de type H1 (diphenhydramine, acrivastine et cetirizine, comme benadryl, zyrtec, claritin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-histamines de type H2 (cimetidine, famotidine, comme Pepcid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis produits à base de CBD/THC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CBD exclusivement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corticostéroïdes Prednisone et Dexamethasone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-coagulants Aspirine enfant (75-81mg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anticoagulants oraux directs, Rivaroxaban (Xarelto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Warfarin (Coumadin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-inflammatoires Curcuma/turmerique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

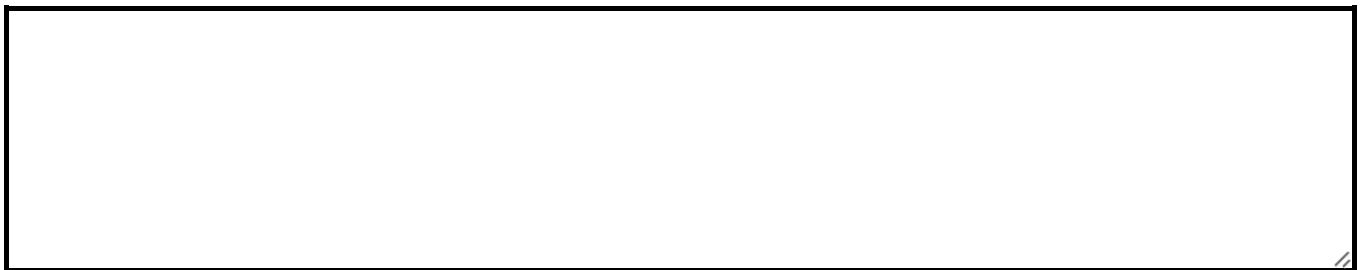
Omega 3 / DHA / EPA (huile de poisson,krill)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitements du système immunitaire gamma globuline intraveineuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
plasma de convalescent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie anti-virale Remsdesevir (Veklury)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotiques Azithromycine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
traitements contre le paludisme Chloroquine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydroxychloroquine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-oxydants Oxaloacetate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidouleurs sans ordonnance Non-NSAIDs (Doliprane, Paracetamol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NSAIDs (Ibuprofen, Naproxen, Aspirine adulte (vraie dose))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indiquez vos autres traitements, suppléments alimentaires, ou toute autre chose qui a significativement amélioré vos symptômes. (mettez en un par ligne et pressez "entrée" après chacun).



Overall COVID Experience Text Write In

Optionnel: Utilisez cet espace pour décrire tout ce que vous voudriez que les autres sachent à propos de votre expérience du COVID-19, qui n'a pas été couvert ici. N'incluez pas d'information pouvant permettre l'identification (comme un nom de personne ou d'endroit).



Vous êtes à la fin de l'étude!

Vous pouvez prendre un moment pour vérifier si vous avez oublié quelque chose. Une fois sûr de vos réponses vous pouvez appuyer sur le bouton, *suivant pour envoyer*.

Une fois envoyé, vous ne pourrez pas revenir en arrière pour faire des modifications.

Merci pour votre énergie et votre temps!

To return to this survey later, **bookmark the link that is in your browser.**

Produit par Qualtrics