

## **Questions générales sur votre santé**

### **1. Comment considérez-vous votre état de santé?**

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Mauvais

### **2. En temps normal, combien de fois rencontrez-vous d'autres personnes et connaissances/amis?**

- Je sors beaucoup: 4 à 7 fois par semaine
- Je sors quelquefois: 2 à 3 fois par semaine
- Je sors rarement: 1 fois par semaine au maximum

### **3. Sur un barème de 1 a 5, comment jugez-vous que vous avez respecté les directives de distanciation sociale préconisées par le Centre de Contrôle des Maladies (CDC)? (1 – je n'ai pas suivi les directives, 5 - j'ai suivi toutes les directives).**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

### **4. Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) des maladies suivantes? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)**

- Problèmes de poumon
  - a. Asthme
  - b. Trouble pulmonaire obstructif chronique
  - c. Fibrose pulmonaire idiopatique
  - d. Bronchiectasie (dilatation des bronches)
  - e. Déficit en alpha-1-antitrypsine
  - f. Autre problème de poumon

- Problèmes cardiaques:
  - a. Maladie cardiaque congénitale
  - b. Maladie de l'artère coronaire/ infarctus du myocarde
- Hypertension artérielle
- Hyperlipidémie/ hypercholestérolémie
- Anémie
- Maladie du foie
- Diabète
- Obésité
- Maladie des articulations
  - a. Polyarthrite rhumatoïde
  - b. Arthrose ou autre maladie articulaire
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Cancer
- Fibrose kystique
- Maladie rénale chronique
- Troubles neurologiques (sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Huntington,...)
- Démence (Alzheimer,..)
- Autre, merci de préciser \_\_\_\_\_
- Aucune de ces maladies

**5. Avez-vous déjà eu une greffe d'organe?**

- Non
- Oui – quel organe? \_\_\_\_\_

**6. Avez-vous déjà eu des troubles de votre système immunitaire? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)**

- Trouble immunitaire: thyroïde, lupus, sclérose en plaques, cytopénie, colite/maladie inflammatoire de l'intestin, autre, \_\_\_\_\_
- Autre maladie inflammatoire: \_\_\_\_\_
- Fièvres périodiques / fréquentes
- Déficience immunitaire
- Verrues fréquentes et éruptions cutanées.
- Allergies saisonnières, rhume des foies
- Allergies alimentaires
- Boutons de fièvre
- Zona
- Eczéma
- Urticaire
- Aucun de ces problèmes

**7. Parmi les médicaments suivants, lesquels utilisez-vous au moins une fois par semaine? (cochez tout ce qui s'applique)**

- Agents anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS : aspirine, célécoxib, diclofénac (Cambia, Cataflam, Voltaren), diflunisal, étodolac, ibuprofène (Motrin, Advil), indométhacine (Indocine), kétoprofène, kétorolac, nambumétone, naproxène, naproxène oxaprozine (Daypro), piroxicam (Feldene), salsalate (Disalate), sulidnac, tolmetin,...
- Acétaminophène: Doliprane, Tylenol, Dayquil, Nyquil, Excedrin, Sinutab, Vicks
- Médicaments pour l'asthme: Ventolin, albuterol
- Cortico-stéroïdes par voie orale ou injectés: Prednisone
- Cortico-stéroïdes inhalés
- Bronchodilatateurs par inhalation
- Médicaments pour douleurs névralgiques: Gabapétin
- Médicaments pour le diabète: Metformin
- Injections pour maladies immunitaires: infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, ...
- Médicaments anticoagulants: Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, ...
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion pour l'hypertension artérielle : Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, ...
- Statines pour réduire le cholestérol comme l'atorvastatine ou la simvastatine.
- Bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine pour l'hypertension artérielle: Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, ...
- Inhibiteurs de JAK: Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib
- Hydroxychloroquine
- Inhibiteurs de l'IL-6: sarilumab, tocilizumab, siltuximab, ...
- Médicaments pour la thyroïde: levothyroxine
- Un bêta-bloquant pour réduire la tension artérielle: metoprolol, atenolol, tramadol, ...
- Autres: vitamines et suppléments avec ou sans ordonnance
- Aucun de ces médicaments

**8. Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ces 6 derniers mois?**

- Oui – date: \_\_\_\_\_
- Non
- Je ne m'en souviens pas

**9. Vous souvenez-vous de la dernière fois que vous avez ressenti des symptômes de grippe avant la pandémie de COVID-19?**

- Oui – quand? \_\_\_\_\_
- Non

**Avez-vous été hospitalisé(e) à cause de la grippe?**

- Oui
- Non

**10. Avez-vous souvent des symptômes de grippe ou de rhume?**

- Jamais
- Rarement
- 1 fois par an
- 2 fois par an ou plus

**11. Quand avez-vous pris des antibiotiques pour la dernière fois?**

- J'en prends en ce moment
- Ce mois-ci
- Le mois dernier
- Les 2 derniers mois
- Les 6 derniers mois
- Cette année
- Il y a plus d'un an
- Jamais/ Je ne m'en souviens pas

Contains questions 19-29 from full survey