

# EPICO19 Study Questionnaire

## 1. Administration du questionnaire

### 1.1. Code du questionnaire \*

Noter de la façon suivante : Nom de l'aire de santé(Exp: Ekoudou)/Deux premières lettres du premier nom+ première lettre du premier prénom(Exp: ÉPI) / Numéro du ménage (001)/ Numéro de la personne interrogée du jour (0001)

### 1.2. Est-ce le ménage originalement échantillonné ? \*

- ☐ Original
- ☐ Remplaçant

### 1.3. Nom de l'enquêteur \*

- ☐ MEKE Jeanine
- ☐ TASSEGNING Armel
- ☐ BOYOMO Evelynne
- ☐ EYINGA Thomas

### 1.4. Date de remplissage du questionnaire \*

yyyy-mm-dd

### 1.5. Aires de Santé du district de la Cité verte \*

- ☐ Briqueterie
- ☐ Carrière
- ☐ Cité verte
- ☐ Ekoudou
- ☐ Messa
- ☐ Mokolo
- ☐ Nkomkana
- ☐ Tsinga
- ☐ Tsinga Oliga

## 2. Informations sur la composition du ménage

2.1. Adresse :

## 2.2. GPS (localisation GPS à l'aide de la carte)

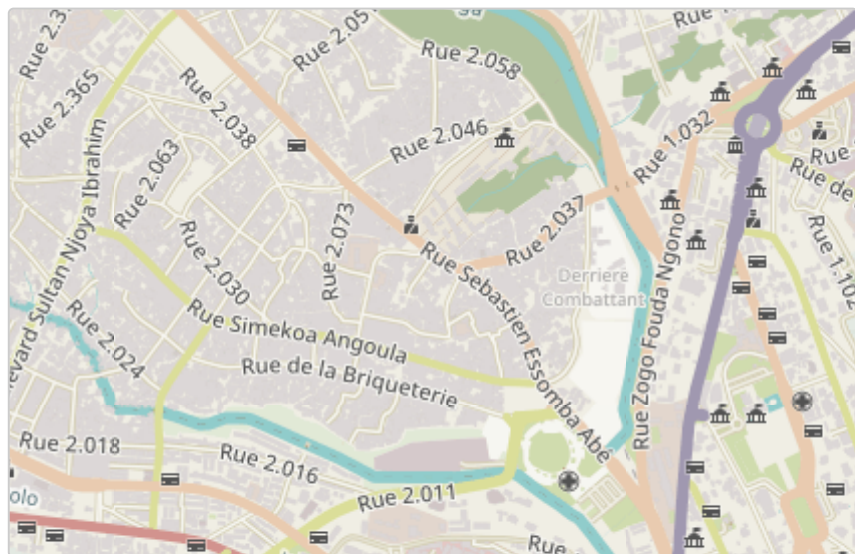
*Localiser l'adresse du ménage sur la carte*

latitude (x,y °)

longitude (x,y °)

altitude (m)

précision (m)



2.3. Combien de pièces y-a-t-il dans votre logement (sans compter cuisine, salle de bain et toilette) ?

2.4 Combien d'adultes (15 ans ou plus) vivent dans votre ménage, vous y compris ?

2.5. Combien d'enfants (moins de 15 ans) vivent dans votre ménage?

## 2.7. Est ce qu'il y a eu des décès depuis le 1er mars

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

| 2.7.1. S'il y a eu des décès depuis le 1er mars, précisez | Date<br><i>YYYY-MM-II</i> | Age<br><i>En années. Exemple: 21</i> | Sexe<br><i>M/F</i> | Cause du décès |
|---|---------------------------|--------------------------------------|--------------------|----------------|
| Décès 1   |                           |                                      |                    |                |
| Décès 2   |                           |                                      |                    |                |
| Décès 3   |                           |                                      |                    |                |

|                |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|
| <b>Décès 4</b> |  |  |  |  |
| <b>Décès 5</b> |  |  |  |  |

### 3. Informations concernant l'ensemble du ménage (revenu, travail, test Covid 19)

3.1. Êtes-vous le chef de ménage ?

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

3.2. Êtes-vous la personne qui amène le principal revenu

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

3.3. Qui est la principale personne qui apporte des revenus
*Si des personnes participent aux revenus à parts égales, cochez plusieurs cases*

☐ Père
☐ Mère
☐ Autres membres de la famille (enfant, oncle vivant dans la famille...)
☐ Autres membres hors de la famille
☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

3.3.1. Si une personne autre que le père ou la mère amène le principal revenu, précisez

3.4. Quels sont les sources de revenus de la famille
*L'économie formelle étant définie comme ayant un travail enregistré à la CNPS. Un revenu régulier étant défini comme un revenu mensuel depuis plus de six mois. Vous pouvez cocher plusieurs cases*

☐ Revenu régulier dans l'économie formelle
☐ Revenu irrégulier dans l'économie formelle
☐ Revenu régulier dans l'économie informelle
☐ Revenu irrégulier dans l'économie informelle
☐ Revenu régulier dans le commerce
☐ Revenu irrégulier dans le commerce
☐ Autres

#### 3.4.1. Si Autres préciser

#### 3.5. Depuis le 1er mars l'ensemble des revenus du ménage a-t-il diminué ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

#### 3.6. Un membre du ménage a-t-il diminué ou perdu son travail ?

- ☐ Perte totale du travail/revenus
- ☐ Diminution du temps de travail/revenus
- ☐ Pas de perte de travail/revenus
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

#### 3.7. Un membre du ménage a-t-il été testé positif au COVID-19?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

##### 3.7.1. Si un membre du ménage a été testé positif au COVID-19, précisez

###### Date

YYYY-MM-JJ

###### Age

En années. Exemple: 21

###### Sexe

M/F

##### Membre 1

##### Membre 2

##### Membre 3

##### Membre 4

#### 3.7.2. Si un membre du ménage a été testé positif au COVID-19, ses revenus ont-ils été diminués du fait du COVID-19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

## 4. Informations socio-administratives de la personne enquêtée

#### 4.1. Sexe

\*

- ☐ Homme
- ☐ Femme

#### 4.2. Age

\*

*En année, âge supérieur ou égal à 5*

#### 4.3. Date de naissance

yyyy-mm-dd

#### 4.4. Quel est votre niveau d'études ?

\*

- ☐ Aucune instruction officielle
- ☐ Ecole primaire
- ☐ Ecole secondaire
- ☐ Université
- ☐ Ecole technique
- ☐ Doctorat
- ☐ Autre
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

#### 4.5. Actuellement êtes-vous

*plusieurs cases possibles*

- ☐ Retraité-e
- ☐ Etudiant-e
- ☐ Femme au ménage/Ménagère
- ☐ Petits métiers
- ☐ Commerçant
- ☐ Agriculteur
- ☐ Salarié
- ☐ Sans emploi (au ménage, au chômage)
- ☐ Autre
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

##### 4.5.1. Si Autre à la question précédente, précisez

## 5. Symptômes évocateurs de Covid 19

5.1. Depuis le 1er mars, est ce que vous avez eu un ou plusieurs des symptômes suivants ? \*

*Il doit s'agir de nouveaux symptômes sans lien avec une maladie chronique ou allergie déjà connue*

- ☐ Pas de nouveaux symptômes
- ☐ Fièvre
- ☐ Toux
- ☐ Nez qui coule ou bouché
- ☐ Éternuements
- ☐ Maux de gorge
- ☐ Essoufflement
- ☐ Maux de tête
- ☐ Douleurs musculaires et/ou douleurs articulaires
- ☐ Fatigue ou épuisement
- ☐ Nausées, vomissements
- ☐ Diarrhée
- ☐ Maux d'estomac
- ☐ Perte d'odorat ou perte de goût
- ☐ Autres

5.1.1. Si Autres à la question précédente, précisez

.....

5.1.2. Comment avez-vous senti la sévérité de vos symptômes ?

- ☐ Symptômes modérés
- ☐ Symptômes sévères
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

5.1.3. Combien de jours êtes-vous resté alité/couché?

.....

5.1.4. Combien de jours avez-vous été empêché de vaquer à vos occupations normales ?

.....

## 6. Parcours de soins en lien avec des symptômes évocateurs de Covid 19

6.1. Depuis le 1er mars, avez-vous consulté pour ces symptômes évocateurs du Covid 19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

6.1.1. Qui avez-vous consulté pour ces symptômes évocateurs du Covid 19 ?

*Plusieurs cases possibles*

- ☐ Centre de santé public
- ☐ Centre de santé privé
- ☐ Hôpital public
- ☐ Hôpital privé
- ☐ Guérisseur traditionnel
- ☐ Prêtre/religieux
- ☐ Médecin
- ☐ Infirmier
- ☐ Appel au numéro 1015
- ☐ Urgences
- ☐ Unité Covid
- ☐ Centre de dépistage
- ☐ Lieu de PEC de ma maladie chronique
- ☐ Autres
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

6.1.1.1. Si Autres à la question précédente, précisez

.....

6.2. Est-ce que vous avez pris un ou plusieurs médicaments pour soigner ces symptômes évocateurs de Covid 19?

*Plusieurs cases possibles*

- ☐ Pas de médicament
- ☐ Paracétamol (par exemple Dafalgan, Pretuval)
- ☐ Antibiotiques (par exemple Amoxicilline, Azithromycin, Bactrim)
- ☐ Cortisone
- ☐ Autres anti-inflammatoires (par exemple ibuprofène, aspirine, naproxène, diclofénac)
- ☐ Antiviraux (par exemple Tamiflu, ritonavir, lopimavir)
- ☐ Chloroquine, Hydroxychloroquine (Plaquenil)
- ☐ Médicaments traditionnels
- ☐ Oxygène
- ☐ Autres
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

6.2.1. Si Autres à la question précédente, précisez

.....

6.2.2. Est-ce que les médicaments prescrits à la question 6.2. et 6.2.1 vous ont été recommandés

*plusieurs réponses possibles*

- ☐ Par un médecin
- ☐ Par un pharmacien
- ☐ Par un membre de votre entourage ou par vous-même (automédication)
- ☐ Autre
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

6.2.2.1. Si Autres à la question précédente, précisez

.....

6.3. Est-ce que vous avez été mis en isolement à domicile ou en établissement spécifique pour ces symptômes?

*Réponses 1 et 2 possible ensemble*

- ☐ Oui à domicile
- ☐ Oui en établissement spécifique pour le Covid
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

6.3.1. Si vous avez été mis en établissement spécifique pour ces symptômes, précisez lequel

.....



6.4. Est-ce que vous avez été hospitalisé depuis le 1er mars 2020 ?

\*

- ☐ Oui, sans lien avec l'épidémie
- ☐ Oui, en lien avec l'épidémie
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

6.4.1. Lieu d'hospitalisation

- ☐ Centre Covid
- ☐ Thérapie intensive
- ☐ Autre

6.5. Si vous avez fait des démarches de soins concernant une suspicion ou une confirmation de Covid 19, avez-vous du payer ?

*plusieurs réponses possibles*

- ☐ Je n'ai pas fait de démarche Covid
- ☐ Payer les consultations
- ☐ Payer les tests
- ☐ Payer les médicaments
- ☐ Payer des frais de déplacement
- ☐ Payer pour acheter des outils de prévention (masques, gants, blouses, gel hydroalcoolique, savon...)
- ☐ Payer d'autres frais

6.5.1. Si vous avez payé d'autres frais, précisez

6.6. Avez-vous participé à une étude COVID ?

\*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

6.6.1 Laquelle ?

## 7. Séquelles faisant suite aux symptômes évocateurs de Covid 19

7.1. Est-ce que vous avez des problèmes de santé qui ont persisté après ces symptômes évocateurs au Covid? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

7.1.1. Si oui à la question précédente, précisez

*plusieurs réponses possibles*

- ☐ Maladies des oreilles, du nez et de la gorge (ORL)
- ☐ Maladies respiratoires
- ☐ Maladies cardiaques
- ☐ Maladies digestives
- ☐ Maladie du foie
- ☐ Maladie rénale
- ☐ Déficience neurologique
- ☐ Maladie ostéo-articulaire
- ☐ Autres infections bactériennes (à l'exception de la pneumonie)
- ☐ Autres infections non bactériennes
- ☐ Autres
- ☐ Ne peut pas répondre (inapproprié, ne sait pas...)

7.1.1.1. Si Autres à la question précédente, précisez

## 8. Tests Covid 19 déjà effectué avant la visite

8.1. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage (frottis nasal ou prélèvement sanguin) du COVID-19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne réponds pas (Inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

8.1.1. Si vous avez déjà effectué un test de dépistage (frottis nasal ou prélèvement sanguin) du COVID-19, précisez

Date

YYYY-MM-JJ

Resultat

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| <b>Sérologie 1</b> |  | <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif<br><input type="radio"/> En attente du résultat<br><input type="radio"/> Résultat non connu |
| <b>Sérologie 2</b> |  | <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif<br><input type="radio"/> En attente du résultat<br><input type="radio"/> Résultat non connu |
| <b>Frottis 1</b>   |  | <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif<br><input type="radio"/> En attente du résultat<br><input type="radio"/> Résultat non connu |
| <b>Frottis2</b>    |  | <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif<br><input type="radio"/> En attente du résultat<br><input type="radio"/> Résultat non connu |

8.1.2. Si vous avez déjà effectué un test de dépistage (frottis nasal ou sérologique) du COVID-19, pour quelle raison avez vous effectué ce test ?

☐ J'avais des symptômes évocateur de la Covid 19  
☐ J'ai été en contact avec une personne infectée à la Covid 19  
☐ Je revenais d'un voyage  
☐ j'ai été testé sur mon lieu de travail  
☐ j'ai été testé dans le cadre d'une étude  
☐ j'ai été testé dans le cadre d'une campagne de dépistage  
☐ Autre

8.1.1.1. Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente, précisez

## 9. Comorbidités, facteurs de risque

|  |   |
|--|---|
| 9.1. Quelle est votre taille ? (en cm) | * |
|  |   |
| 9.2. Quel est votre poids ? (en kg)    | * |
|  |   |

9.3. Actuellement, êtes-vous ?

- ☐ Fumeur (je fume actuellement)
- ☐ Ex fumeur (j'ai fumé mais ne fume plus)
- ☐ Non fumeur (je n'ai jamais fumé)

9.4. Souffrez-vous d'un problème de santé / maladie chronique ? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

9.4.1. Si vous avez un problème de santé / maladie chronique, préciser

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Cancer
- ☐ Diabète
- ☐ Faiblesse immunitaire due à une maladie ou à une thérapie
- ☐ VIH
- ☐ Hypertension artérielle (traitée ou nécessitant une thérapie)
- ☐ Maladie cardio-vasculaire
- ☐ Maladie chronique des voies respiratoires, inclus asthme
- ☐ Maladie chronique du rein
- ☐ Maladie chronique du foie
- ☐ Maladie neurologique chronique
- ☐ Drépanocytose
- ☐ Tuberculose
- ☐ Autres maladies chroniques
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

9.4.1. Si vous souffrez-vous d'une autre maladie chronique, précisez

9.5. Etes-vous enceinte ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

9.6. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

\*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

9.7. Si vous prenez régulièrement des médicaments, lesquels

9.8. Avez-vous eu des contacts avec un cas confirmé/suspect Covid ?

\*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

9.9. Avez-vous eu des contacts avec des personnes provenant de l'étranger (Chine, Europe, USA, ...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

9.10. Pensez-vous que votre risque d'être infecté(e) par le nouveau virus est

\*

- ☐ Plus haut que les autres personnes
- ☐ Comme les autres personnes
- ☐ Moins que les autres personnes
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

## 10. Difficulté d'accès aux soins sans lien avec des symptômes évocateurs de Covid 19

10.1. Depuis le 1er mars, avez-vous eu une difficulté pour obtenir des soins médicaux?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

10.1.1. Si vous avez eu une difficulté pour obtenir des soins médicaux, quels soins étaient concernés (vérifier par rapport à maladie chronique référée)?

10.2. Depuis le 1er mars avez-vous une rupture de médicaments prescrit dans le cadre de votre suivi régulier?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fais de démarches

10.2.1. Si vous avez eu une rupture de médicaments, quels sont les médicaments concernés?

.....

## 11. Barrières financières à l'accès aux soins

11.1. Avez-vous une assurance?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fais de démarches

11.2. Depuis le 1er mars, avez-vous des difficultés pour payer les primes d'assurance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fais de démarches

11.3. Depuis le 1er mars, avez-vous des difficultés financières pour payer les soins ou médicaments ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fais de démarches

11.4. Depuis le 1er mars, avez-vous connu des retards de soins pour des raisons financières ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fais de démarches

11.5. Si vous avez fait des démarches de soins concernant une suspicion ou une confirmation de Covid 19, avez-vous eu des difficultés à payer les frais de déplacement pour recevoir vos soins ou médicaments ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fait de démarches

11.6. Depuis le 1er mars, avez-vous consulté pour d'autres symptômes non évocateurs du Covid 19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fait de démarches

11.7. Qui avez-vous consulté pour ces symptômes non évocateurs du Covid 19 ? (Plusieurs cases possibles)

- ☐ Centre de santé public
- ☐ Centre de santé privé
- ☐ Hôpital public
- ☐ Hôpital privé
- ☐ Guérisseur traditionnel
- ☐ Prêtre/religieux
- ☐ Médecin
- ☐ Infirmier
- ☐ Autres

11.7.1. Si vous avez répondu Autres à la question précédente, précisez

.....

## 12. Autres barrières à l'accès aux soins (géographiques, perception)

12.1. Avez-vous eu des difficultés à vous rendre dans des structures de soins pour non disponibilité ou augmentation des coûts du transport ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)
- ☐ Je n'ai pas fais de démarches

12.2. Depuis le 1er mars pensez-vous que

\*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- ☐ Les structures de santé sont fermées
- ☐ Les pharmacies sont fermées
- ☐ Les structures de santé sont surchargées
- ☐ Se rendre aux structures de santé est dangereux à cause du Covid 19
- ☐ Autre

12.2.1. Expliquez.

.....

### 13. Comportements, Hygiène, geste barrière, distanciation physique

13.1. Respectez-vous des règles d'hygiène simples (se laver les mains fréquemment, éternuer dans son coude, utiliser un mouchoir jetable, etc.) ?

- ☐ Clairement oui
- ☐ Clairement non
- ☐ En partie
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

13.2. Respectez-vous les règles de « distanciation » sociale (éviter de se serrer les mains ou de s'embrasser, éviter les sorties non nécessaires, etc.) ?

- ☐ Clairement oui
- ☐ Clairement non
- ☐ En partie
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)



13.3. Depuis le 1er mars, êtes-vous resté confiné ?

- ☐ Clairement oui
- ☐ Clairement non
- ☐ En partie
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

13.4. Depuis le 1er mars, aviez-vous eu peur d'être contaminé par le Covid 19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

13.5. Depuis le 1er mars, aviez-vous eu peur de la réaction de votre entourage si vous avez le Covid 19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

13.6. Pensez-vous que les personnes atteintes de Covid 19 sont stigmatisées, rejetées par les autres ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

13.7. Cacheriez-vous votre maladie si vous êtes contaminé par le Covid 19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

## 14. Impact du confinement et de l'épidémie de Covid 19 sur vous-même

---

14.1. Depuis le 1er mars, vous est-il arrivé de ne pas effectuer vos activités quotidiennes (autres que le travail, comme rendre visite à la famille, préparer le repas, s'occuper des enfants, ...) à cause du confinement?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

14.2. Depuis le 1er mars, avez-vous dû arrêter votre travail ou un de vos travaux, à cause du confinement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

14.3. Depuis le 1er mars, avez-vous constaté un regain de stress intérieur ou dans votre ménage en rapport avec l'épidémie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

14.4. Au sein de votre ménage, êtes-vous confronté(e) depuis le 1er mars à des violences physiques ou psychologiques

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

14.5. Depuis le 1er mars avez-vous reçu une aide matérielle (argent, repas, ...) extérieure ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne répond pas (inapproprié, ne sait pas, ne veut pas répondre...)

14.5.1. Si depuis le 1er mars vous avez reçu une aide matérielle (argent, repas, ...) extérieure, précisez la nature de l'aide

.....

14.5.2. Si depuis le 1er mars vous avez reçu une aide matérielle (argent, repas, ...) extérieure, précisez qui vous a apporté une aide

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Membre de votre famille
- ☐ Voisins
- ☐ Etat / ONG
- ☐ Autres

14.5.2.1. Si vous avez répondu Autres à la question précédente, précisez

---

14.5.3. Si depuis le 1er mars vous avez reçu une aide matérielle extérieure (argent, repas, ...), cela est-il arrivé à quelle fréquence par rapport à avant l'épidémie?

- ☐ Plus souvent
- ☐ Moins souvent
- ☐ Egal

## 15. Screening effectué pendant la visite de l'enquête

---

15.1. Est-ce que vous avez maintenant un ou plusieurs des symptômes suivants ? (Nouveaux symptômes sans lien avec une maladie chronique ou allergie déjà connue)

\*

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Pas de nouveaux symptômes
- ☐ Fièvre
- ☐ Toux
- ☐ Nez qui coule ou bouché
- ☐ Éternuements
- ☐ Maux de gorge
- ☐ Essoufflement
- ☐ Maux de tête
- ☐ Douleurs musculaires et/ou douleurs articulaires
- ☐ Fatigue ou épuisement
- ☐ Nausées, vomissements
- ☐ Diarrhée
- ☐ Maux d'estomac
- ☐ Perte d'odorat ou perte de goût
- ☐ Autres

15.1.1. Si vous avez eu d'autres symptômes, précisez

.....

15.2. Saturation d'oxygène :

*A faire uniquement en cas de symptômes évocateurs du Covid 19. Exprimé en pourcentage*

.....

15.3. Fréquence respiratoire

*A faire uniquement en cas de symptômes évocateurs du Covid 19. Exprimé en nombre de respiration par minute*

.....

## 16. Test fait pendant la visite de l'enquête

---

## 16.1. Test sérologique

\*

*Cette question doit être répondue pendant la visite. Le test doit être proposé à toutes les personnes enquêtées. Si le test n'est pas interprétable, le refaire une fois. Si le deuxième test n'est pas interprétable, noté "Test sérologique non interprétable"*

- ☐ Test sérologique fait
- ☐ Test sérologique non fait
- ☐ Test sérologique non interprétable

### 16.1.1. Si le test sérologique n'a pas été fait, précisez pourquoi

#### 16.1.1 Résultat IgG

- ☐ Positif
- ☐ Négatif

#### 16.1.2 Résultat IgM

- ☐ Positif
- ☐ Négatif

## 16.2. Est-ce que le prélèvement pour faire un test antigènes a été fait?

*Faire le test pour toutes personnes avec une sérologie positive ou des symptômes évocateurs*

- ☐ Oui
- ☐ Non

### 16.2.1. Si le test antigènes n'a pas été fait, précisez pourquoi

#### 16.2.1. Résultat du test antigènes (à remplir après la réception du résultat du test)

- ☐ Positif
- ☐ Négatif
- ☐ Test non interprétable
- ☐ Test non retrouvé

## 16.3. Est-ce que le prélèvement pour faire un test PCR a été fait?

*Faire le test pour toutes personnes avec une sérologie positive ou des symptômes évocateurs*

- ☐ Oui
- ☐ Non

16.3.1. Si le test PCR n'a pas été fait, précisez pourquoi

---

16.3.1. Résultat du test PCR (à remplir après la réception du résultat du test)

- ☐ Positif
- ☐ Négatif
- ☐ Test non interprétable
- ☐ Test non retrouvé

## 17. Recommandation aux personnes avec symptômes

17.1. Recommandations faites par les enquêteurs pour les personnes ayant des symptômes lors de l'enquête

\*

- ☐ Aucune recommandation
- ☐ Référence pour une consultation non covid dans une structure de santé
- ☐ Référence une consultation covid dans une structure de santé
- ☐ Respect des mesures barrières
- ☐ Rester en isolement
- ☐ Autres

17.1.1. Si vous avez répondu Autres à la question précédente, précisez

---

18. Photo du résultat

Cliquez ici pour téléverser un fichier. (< 5MB)

---