

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Sommare du cas ou du contacts sous investigation	Summary of the case or contacts under investigation		
Nom	Name		
Sexe	Sex/Gender	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Age	Age		
DDN (Date de Naissance)	Date of Birth	YYYY-MM-DD	
V10 (Code V10)	V10 Input (V10 Code)		V10 information system code for contact tracing
Code Dossier DSP	DSP Folder Code		DSP is DPS (Director of Professional services)
Prise en charge	Person in charge		
Nom de l'enquêteur	Investigator's name		
Date de l'enquête	Date of survey		
Code RSS d'enquête:	RSS Survey Code		
Statut de l'enquête	Survey status	<input type="checkbox"/> In progress <input type="checkbox"/> Finished <input type="checkbox"/> Lost in Follow-Up	
Déclaration	Declaration		
Type de déclaration	Declaration type	<input type="checkbox"/> Laboratory <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Identified by public DSP investigation	
Date de réception de la déclaration en DSPublique	Date of receipt of the declaration of the Director of Public Health	YYYY-MM-DD	
Si MD déclarant	If MD declaring		
	Name		
	Telephone		
Laboratoire	Laboratory		
Centre de prélèvement	Sampling Center		
RSS du Centre du prélèvement	Sampling Center RSS		
Date du prélèvement	Sampling Date	YYYY-MM-DD	
Laboratoire d'analyse (annexe 1)	Analysis Laboratory (annexe 1)	<input type="checkbox"/> CHAUR Trois-Rivières	Not translated as not applicable to cross field analysis.

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
		<input type="checkbox"/> Charles Le Moyne	
		<input type="checkbox"/> Chicoutimi	
		<input type="checkbox"/> CHUM	
		<input type="checkbox"/> CHUQ	
		<input type="checkbox"/> CHUS	
		<input type="checkbox"/> CUSM	
		<input type="checkbox"/> Verdun	
		<input type="checkbox"/> Général juif	
		<input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu Lévis	
		<input type="checkbox"/> LSPQ	
		<input type="checkbox"/> Maisonneuve Rosemont	
		<input type="checkbox"/> Sacré-Cœur	
		<input type="checkbox"/> Sainte-Justine	
		<input type="checkbox"/> Autre : ____	
Date du résultat	Date of result	YYYY-MM-DD	
Résultat	Result	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Ambiguous	
Statut Épidémiologique	Epidemiological Status		
Statut	Status	<input type="checkbox"/> Confirmed Case <input type="checkbox"/> Case Confirmed by Epidemiological link <input type="checkbox"/> Probable Case <input type="checkbox"/> Contact	
Date de validation du statut	Status validation date	YYYY-MM-DD	
Hors Quebec	Outside Quebec	<input type="checkbox"/>	
Enquête du Cas ou du Contact	Case or Contact Investigation		
Identification de la personne	Identification of the person		
Nom	Name		
Prenom	First Name		
Date de Naissance	Date of Birth	YYYY-MM-DD	

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Age	Age		
Sexe	Sex/Gender	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
NAM (numéro d'assurance- maladie)	Health Insurance Number		
Si le répondant à ce questionnaire n'est pas la personne sous investigation (cas ou contact)	If the respondent to this questionnaire is not the person under investigation (case or contact)		
Nom	Name		
Prenom	First Name		
Lien avec le cas	Link to the case	<input type="checkbox"/> Mom <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian	
Coordonnées de la personne	Contact details of the person		
Adresse	Address		
Ville	City		
Code postal	Postal Code		
Résidence	Residence	<input type="checkbox"/>	
Suivi 14 jours	14 day follow-up	<input type="checkbox"/>	
téléphones	Telephones:		
Résidentiel	Residential		
Cellulaire	Cellular		
Bureau...poste	Office...ext		
Adresse courriel	Email Address		
Description de la personne	Description of the person		
Sans domicile fixe	Homeless		
Autochtone	Aboriginal	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
	if yes	<input type="checkbox"/> First Nations <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Unknown	

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Réside sur une réserve	Resides on a reserve	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Réside en milieu fermé*	Resides in a closed environment	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Autre	if yes	<input type="checkbox"/> Residential and long-term care centre <input type="checkbox"/> Private seniors' residence <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Other	
Préciser (Nom du milieu)	Specify (Name of environment)		
Adresse	Address		
Ville	City		
Code postal	Postal Code		
Contact dans le milieu	Professional contact		
Téléphone	Telephone		
Poste	Extension		
Adresse courriel	Email Address		
Occupation	Occupation		
Travailleur de la santé	Healthcare Worker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Premier répondant (santé)	if yes	<input type="checkbox"/> Hospital centre <input type="checkbox"/> Residential and long-term care centre <input type="checkbox"/> Laboratory <input type="checkbox"/> First responder (health)	
Lieu de travail	Workplace		
Travailleur en école ou garderie	School or daycare worker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Nom du milieu	Name of environment		
Travailleur fournissant des services jugés essentiels	Worker providing essential services	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Si ou: Préciser l'emploi (Annexe 2)	if yes: Specify the job (Annex 2)		

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Travailleur en milieu à risque d'éclosion	Worker at risk of outbreak	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Commerce avec service à la clientèle <input type="checkbox"/> Autre	if yes	<input type="checkbox"/> Private seniors' residence <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Hospital centre <input type="checkbox"/> Residential and long-term care centre <input type="checkbox"/> Trade with customer service <input type="checkbox"/> Other	
Préciser (Nom du milieu)	Specify (Name of environment)		
Travailleur en contact direct avec la clientèle	Worker in direct contact with customers	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Symptômes	Symptoms		
Asymptomatique	Asymptomatic	<input type="checkbox"/>	
Date de début des symptômes	Date of Symptom Onset	YYYY-MM-DD	
Période de contagiosité	Contagious period		
DU (date de début des symptômes)	From (Date of Symptom Onset)	___ + 14 days	
AU	To	YYYY-MM-DD	
Toux	Cough	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	Fever ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Fébrilité/Frissons (température non prise)	Feverishness / Chills (temperature not taken)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Maux de gorge	Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Écoulement nasal	Runny nose	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Essoufflement difficultés respiratoires	Shortness of breath breathing difficulties	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Nausées vomissements	Nausea vomiting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Maux de tête	Headache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Faiblesse généralisée	General weakness	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale etc.)	Pain (muscle, chest, abdominal etc.)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Irritabilité confusion	Irritability confusion	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Diarrhée	Diarrhea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Autres (préciser)	Others (specify)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Enquête du Contact	Contact Survey		
Évaluation par la santé publique	Public Health Assessment		
Niveau de risque	Risk level	<input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Low	
Contact rapporté par un cas	Contact reported by a case	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Nom du cas	Case name		
No V10	V10 number		
Date de la dernière exposition au cas	Date of last exposure to the case	YYYY-MM-DD	
Type de contact avec ce cas (un seul choix)	Type of contact with this case (only one choice)		

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
	<input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Milieu de travail <input type="checkbox"/> Milieu scolaire <input type="checkbox"/> Service de garde <input type="checkbox"/> Transport public <input type="checkbox"/> Autre milieu de soins, précisez	<input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Hospital centre <input type="checkbox"/> Residential and long-term care centre <input type="checkbox"/> Private seniors' residence <input type="checkbox"/> Workplace <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Guard service <input type="checkbox"/> Public transport <input type="checkbox"/> Other healthcare setting, specify	
Autres types de contact	Other types of contact	<input type="checkbox"/> Outbreak, specify	
Enquête du Cas	Case Investigation		
Information sure les expositions du cas	Case Exposure Information		
Voyage hors région au cours des 14 jours précédant les symptômes	Travel outside the region during the 14 days preceding the symptoms	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Compléter les détails du transporteur pour tout déplacement hors région, province, pays, impliquant un transporteur public (autobus, bateau, avion) : compagnie de transport, n° de vol, n° de parcours, n° de siège, etc.	Fill in the details of the transporter for any trip outside the region, province, country, involving a public transport (bus, boat, plane): transport company, flight no., route no., seat no., etc.		
Destination origine et destination	Destination Origin and destination		
Date d'arrivée au Québec	Date of arrival in Quebec	YYYY-MM-DD	
Date de départ du Québec	Date of departure from Quebec	YYYY-MM-DD	
Hôtel lieu de résidence	Hotel Place of residence		
Détails du transporteur	Transporter details		
Contact avec un cas connu	Contact with a known case		
Contact avec un cas confirmé de COVID-19	Contact with a confirmed case of COVID-19	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Si out: Nom du cas	If yes: case name		
No V10	V10 number		
Date de la dernière exposition au cas	Date of last exposure to the case	YYYY-MM-DD	

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Préciser le type de contact avec le cas connu	Specify the type of contact with the known case		
	<input type="checkbox"/> Non investigué <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> C. Hospitalier <input type="checkbox"/> Autre milieu de soins <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Garderie <input type="checkbox"/> Milieu de travail <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Not investigated <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Residential and long-term care centre <input type="checkbox"/> Private seniors' residence <input type="checkbox"/> Hospital centre <input type="checkbox"/> Other healthcare setting <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Nursery <input type="checkbox"/> Workplace <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Other	
Autres types de contact	Other types of contact	<input type="checkbox"/> Outbreak, specify	
Nom du milieu	Name of environment		
Le cas connu a voyagé hors Canada	Known case traveled outside Canada	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Nom du contact	Contact Name		
Cas associé à une écloison (à l'intention de las DSP)	Case associated with an outbreak (for the DSP)		<i>DSP is DPS (Director of Professional services)</i>
Le cas est associé à une écloison connue	The case is associated with a known outbreak	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Si oui : précisez le milieu associé à cette écloison	If yes: specify the environment associated with this outbreak		
Nom du milieu	Name of environment		
Précision (No Écloison)	Specify (No. Outbreak)		
Autres milieux d'acquisition suspectés	Other suspected acquisition media Contact Survey		
Si le cas n'a pas voyagé, n'a pas eu de contact avec un cas confirmé, n'est pas associé à une écloison	If the case has not traveled, has not had contact with a confirmed case, is not associated with an outbreak		

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Au cours des 14 jours précédant les symptômes, le cas a fréquenté des milieux où il aurait été en contact avec des personnes symptomatiques	During the 14 days preceding the symptoms, the case frequented environments where he would have been in contact with symptomatic people	<input type="checkbox"/> Yes (Suspected circles) <input type="checkbox"/> No (No source of acquisition suspected)	
Si oui compléter le tableau	if yes Suspect circles		
<input type="checkbox"/> Familial	<input type="checkbox"/> Family	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Details (middle name):	
<input type="checkbox"/> Milieu de soins, CH	<input type="checkbox"/> Care environment, Hospital centre	" "	
<input type="checkbox"/> Milieu de soins, CHSLD	<input type="checkbox"/> Care environment, Residential and long-term care centre	" "	
<input type="checkbox"/> Milieu de soins, RPA	<input type="checkbox"/> Care environment, Private seniors' residence	" "	
<input type="checkbox"/> Milieu de travail	<input type="checkbox"/> Work environment	" "	
<input type="checkbox"/> Milieu de scolaire	<input type="checkbox"/> School environment	" "	
<input type="checkbox"/> Service de garde	<input type="checkbox"/> Childcare services	" "	
<input type="checkbox"/> Transport public	<input type="checkbox"/> Public transport	" "	
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Other	" "	
Renseignements complémentaires sur les milieux suspectés	Further information on suspected cases		
Conditions médicales préexistantes et facteurs de risques avant de devenir malade	Pre-existing Medical Conditions and Risk Factors before becoming sick		
Conditions	Conditions		
Hypertension	Hypertension	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Comments: (specify if necessary)	
Maladie cardio-vasculaire	Heart disease	" "	
Troubles neurologiques ou neuro-musculaires	Neurological or neuro-muscular troubles	" "	
Diabète	Diabetes	" "	

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Immunosupprimée	Immunosuppressed	" "	
Maladie hépatique	Liver disease	" "	
Cancer	Cancer	" "	
Post-partum ≤ 6 semaines	Postpartum ≤ 6 weeks	" "	
Grossesse	Pregnancy	" "	
Maladie du rein	Kidney disease	" "	
Maladie respiratoire (ex. : emphysème, bronchite chronique)	Respiratory illness (e.g. emphysema, chronic bronchitis)	" "	
Obésité sévère	Severe obesity	" "	
Tabagisme	Smoking	" "	
Autres, préciser	Other, specify	" "	
Auscultation pulmonaire anormale	Abnormal pulmonary auscultation	" "	
Altération de la santé mentale	Altered mental health	" "	
Pneumonie par diagnostic clinique ou radiologique		" "	
Coma	Coma	" "	
Diagnostic du syndrome de détresse respiratoire	Diagnosed with Acute Respiratory Distress Syndrome	" "	
Saturation O2 < 95%	O2 Saturation < 95%	" "	
Complications et issues de grossesse défavorables	Pregnancy complications and adverse outcomes	" "	
Complications néonatales	Neonatal complications	" "	
Encéphalite	Encephalitis	" "	
Hypotension	Hypotension	" "	
Insuffisance rénale	Renal failure	" "	
Convulsions	Convulsions	" "	
Septicémie	Septicemia	" "	
Tachypnée (rythme respiratoire accéléré)	Tachypnea (accelerated breathing rate)	" "	
Autres, préciser	Others, specify	" "	
Évaluation, complications et diagnostics cliniques du case	Clinical Diagnostic and Complication Evaluations		

Coronavirus COVID-19 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

Grey indicates overlap with previous case form

"□" on it's own indicates it belongs to left column.

French	Translation	Data Element	Notes
Gravité	Severity		
Isolement à domicile	Home isolation	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Date de début	Start date	YYYY-MM-DD	
Date de fin	End date	YYYY-MM-DD	
Hospitalisation	Hospitalization	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Date de début	Start date	YYYY-MM-DD	
Date de fin	End date	YYYY-MM-DD	
Unité de soins intensifs	Intensive care unit	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Date de début	Start date	YYYY-MM-DD	
Date de fin	End date	YYYY-MM-DD	
Ventilation mécanique	Mechanical ventilation	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Date de début	Start date	YYYY-MM-DD	
Date de fin	End date	YYYY-MM-DD	
Évolution du cas	Evolution of the case		
<input type="checkbox"/> Rétabli <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Détérioré <input type="checkbox"/> Décédé		<input type="checkbox"/> Recovered <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Deteriorated <input type="checkbox"/> Deceased	
Date de l'évaluation	Date of assessment	YYYY-MM-DD	
Information sur le décès	Information about the deceased		
Décès lié à une maladie respiratoire	Deaths related to respiratory disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Cause du décès	Cause of death		
Date du décès	Date of death	YYYY-MM-DD	
Notes	Notes		