

DÉCLARATION DES CAS CONFIRMÉS ET DES CAS CLINIQUES DE COVID-19

Grey indicates overlap with previous case form

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

French	Translation	Data Element	Notes
<b>Déclarant</b>	<b>Declarant</b>		
Type de déclaration: <input type="checkbox"/> Médecin	<b>Declaration Type</b>	<input type="checkbox"/> Doctor	
Date de la déclaration: AAAA-MM-JJ	<b>Declaration Date</b>	YYYY-MM-DD	
Nom	<b>Name</b>		
Prénom	<b>Surname</b>		
Tél. de l'établissement/clinique	<b>Establishment/Clinic Telephone</b>		
Nom de l'établissement/clinique où le patient a consulté	<b>Name of Establishment/Clinic where the patient consulted</b>		
Volle de l'établissement/clinique	<b>City of Establishment/Clinic</b>		
<b>Identification du Patient</b>	<b>Patient Identification/Information</b>		
Nom	<b>Name</b>		
Prénom	<b>Surname</b>		
Date de naissance: AAAA-MM-JJ	<b>Date of Birth</b>	YYYY-MM-DD	
Âge	<b>Age</b>		
Sexe: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	<b>Sex</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other	
NAM (obligatoire)	<b>health insurance number</b>		numéro d'assurance-maladie
Adresse	<b>Address</b>		
Ville	<b>City</b>		
Code postal	<b>Postal Code</b>		
Répondant: <input type="checkbox"/> Le patient répond pour lui-même <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Other/someone else answered for the patient	<b>Respondent (first responder?)</b>	<input type="checkbox"/> The patient answered for themself <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other/someone else answered for the patient	
Nom du répondant	<b>Respondent Name</b>		
Prénom	<b>Respondent Surname</b>		
Téléphones du répondant	<b>Respondent Telephone Numbers</b>		
Résidentiel Cellulaire Bureau Post		Residential: ____ Mobile/Cellular: ____ Work: ____ Ext: ____	
Adresse courriel	<b>Respondent Email Address</b>		Whether those affected are contact by email is dependent on the scale of the epidemic.
Indiquer les autres membres d'une même famille avec la COVID-19	<b>Indicate other members of the COVID-19 patient's family</b>	(x4)	It's important that these declarations are completed for all family members. There is space for entry of four family members.
Nom et prénom	<b>First and last name</b>		
Date de naissance	<b>Date of Birth</b>		Date formatting not declared.

# DÉCLARATION DES CAS CONFIRMÉS ET DES CAS CLINIQUES DE COVID-19

Grey indicates overlap with previous case form

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

French	Translation	Data Element	Notes
Sexe: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other	
Information Concernant le Milieu de Vie du Patient	Patient Living Environment Information		
Vit à domicile	<input type="checkbox"/> Lives at home		
<input type="checkbox"/> Réside en milieu fermé: <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire (RI) <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire de type familial (RTF) <input type="checkbox"/> Hébergement communautaire <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Congrégation religieuse <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Lives in a closed environment	<input type="checkbox"/> Hospital centre <input type="checkbox"/> Residential and long-term care centre <input type="checkbox"/> Private seniors' residence <input type="checkbox"/> Intermediate resource (IR) <input type="checkbox"/> Family-type intermediate resource (FTR) <input type="checkbox"/> Community accommodation <input type="checkbox"/> Rehab center <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Religious congregation <input type="checkbox"/> Other	Use of acronyms with clarifying their meaning.  Determined the unspecified acronyms stand for the following: <input type="checkbox"/> Centre hospitalier (CH) <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) <input type="checkbox"/> Résidences privées pour aînés (RPA)  <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/en/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/CRF-Manuscript_Canadian_Case_Collection_Forms">https://www.msss.gouv.qc.ca/en/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/CRF-Manuscript_Canadian_Case_Collection_Forms</a> <a href="#">100%</a> <a href="#">10</a> <a href="#">A34</a>
nom du milieu	Middle name: ____		
<input type="checkbox"/> Groupes vulnérables: <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Membre d'une communauté religieuse <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe <input type="checkbox"/> Autre Préciser: ____	<input type="checkbox"/> Vulnerable groups	<input type="checkbox"/> Native <input type="checkbox"/> Member of a religious community <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Other Specify: ____	
Symptômes	Symptoms		
Date de début des symptômes: AAAA-MM-JJ	Symptoms Start Date	YYYY-MM-DD	
<input type="checkbox"/> Toux (récente ou chronique exacerbée)	<input type="checkbox"/> Cough (recent or exacerbated chronic)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Fièvre (≥38°C)	<input type="checkbox"/> Fever (≥38°C)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/> Breathing difficulties	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> Anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'ageusia <input type="checkbox"/> Autres (préciser):	<input type="checkbox"/> Brutal anosmia without nasal obstruction, with or without ageusia Others (specify):	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	

DÉCLARATION DES CAS CONFIRMÉS ET DES CAS CLINIQUES DE COVID-19			Grey indicates overlap with previous case form
			"□" on it's own indicates it belongs to left column.
French	Translation	Data Element	Notes
<b>Exposition et Occupation</b>	<b>Exposure and Occupation</b>		
Dans les deux semaines précédant le début des symptômes, la personne a-t-elle eu un contact étroit (à moins de 2 mètres ou 6 pieds) et prolongé (plus de 15 minutes en tout) avec une personne atteinte de la COVID-19?	In the two weeks preceding the onset of symptoms, did the person have close contact (within 2 meters or 6 feet) and extended (more than 15 minutes in total) with a person with COVID-19?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Est-ce que la personne a travaillé à l'extérieur de son domicile dans les deux semaines précédant le début des symptômes?	Did the person work outside the home in the two weeks before symptoms started?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Dans les 48 heures avant l'apparition des symptômes, la personne a-t-elle eu un contact étroit et prolongé en milieu de travail?	In the 48 hours before the onset of symptoms, did the patient have close and prolonged contact during work?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<b>Si oui, Identifier l'occupation</b>	<b>if yes, identify occupation</b>		
Travailleur dans le milieu de la santé	Healthcare worker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Si oui, <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CLSC-Service courant <input type="checkbox"/> CLSC-Soutien à domicile <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> 1er répondant <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Inconnu	if yes,	<input type="checkbox"/> Hospital centre <input type="checkbox"/> Residential and long-term care centre <input type="checkbox"/> Local Community Service Centre - Routine service <input type="checkbox"/> Local Community Service Centre - Home Support <input type="checkbox"/> Private seniors' residence <input type="checkbox"/> Intermediate resource <input type="checkbox"/> Family-type intermediate resource <input type="checkbox"/> 1st responder <input type="checkbox"/> Laboratory <input type="checkbox"/> Unknown	
Travailleur dans le milieu de la santé	School or daycare worker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Autre travailleur	Other worker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Description de l'emploi ou tâche principale (ex: infirmière, cuisinier, policier)	Description of the job or main task (e.g. nurse, cook, police)		
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	
<b>Préciser le milieu de travail</b>	<b>Specify the workplace</b>		
Nom du milieu	Name of environment		
Adresse du milieu de travail	Workplace address		
Nom d'un contact en milieu de travail	Name of a workplace contact		
Numéro de téléphone du contact en milieu de travail	Workplace Contact Phone Number		

**DÉCLARATION DES CAS CONFIRMÉS ET DES CAS CLINIQUES DE COVID-19**

Grey indicates overlap with previous case form

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

**French**

**Translation**

**Data Element**

**Notes**

Signature

**signature**

Date

**date**

Numéro de permis

**License number**