

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
Déclarant	Declarant		
Type de déclaration: <input type="checkbox"/> Médecin	Declaration Type	<input type="checkbox"/> Doctor	
Date de la déclaration: AAAA-MM-JJ	Declaration Date	YYYY-MM-DD	
Nom	Name		
Prénom	Surname		
Tél. de l'établissement/clinique	Establishment/Clinic Telephone		
Nom de l'établissement/clinique où le patient a consulté	Name of Establishment/Clinic where the patient consulted		
Volle de l'établissement/clinique	City of Establishment/Clinic		
Identification du Patient	Patient Identification/Information		
Nom	Name		
Prénom	Surname		
Date de naissance: AAAA-MM-JJ	Date of Birth	YYYY-MM-DD	
Âge	Age		
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	
NAM (obligatoire)	health insurance number		numéro d'assurance-maladie
Adresse	Address		
Ville	City		
Code postal	Postal Code		
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	Respondent (first responder?)	<input type="checkbox"/> The patient answered for themselves <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	Respondent Name		
Prénom	Respondent Surname		
Téléphones du répondant	Respondent Telephone Numbers		
Résidentiel Cellulaire Bureau Post		Residential: ____ Mobile/Cellular: ____ Work: ____ Ext: ____	
Adresse courriel	Respondent Email Address		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	Indicate other members of the COVID-19 patient's family	(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	First and last name		
Date de naissance	Date of Birth		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) https://www.msss.gouv.qc.ca/en/reseau/etablisements-de-sante-et-de-services-sociaux/CRF-Manuscript_Canadian_Case_Collection_Forms CRF-Manuscript_Canadian_Case_Collection_Forms 100% 10 A34
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'ageusie	<input type="checkbox"/> Brutal anosmia without nasal obstruction, with or without ageusia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> Autres (préciser):	Others (specify):		

QC - Déclaration des cas confirmés et des cas cliniques de COVID-19 20-210-103W [2020]

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
Exposition et Occupation	Exposure and Occupation		
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	
Si oui, Identifier l'occupation	if yes, identify occupation		
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	
Préciser le milieu de travail	Specify the workplace		
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		

[QC - Declaration des cas confirmés et des cas cliniques de COVID-19 20-210-103W \[2020\]](#)

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		