

Sondage Le Covid-19 et ses cofacteurs de gravité

Questionnaire **individuel** et **anonyme** que vous pouvez compléter pour vous-même, y compris si vous n'avez aucun symptôme, pour vos enfants ou pour un proche malade, âgé ou décédé.

Il suffit de **barrer** ou **d'effacer** les réponses inutiles pour ne laisser que ce qui est correct.

A retourner **avant le 30 juin 2020** par mail à : covid@santepublique-editions.fr

Toutes les adresses mail qui auront envoyé un ou plusieurs questionnaires recevront une notice de publication des résultats.

Informations à propos de la personne concernée : (NSP = Ne sais pas)

Symptômes :

- Aucun symptôme
- Perte du goût ; Perte de l'odorat
- Gorge qui gratte ; Gorge qui pique
- Voix qui change : plus grave ; plus rauque
- Toux sèche ; Toux grasse
- Eternuements ; Nez qui coule
- Conjonctivite
- Courbatures
- Peau chaude au niveau de la gorge ; Peau chaude au niveau de la poitrine
- Fièvre ; Température : °C
- Mal de tête localisé à la nuque ; Mal de tête autre localisation (préciser) :
- Fatigue modérée
- Fatigue intense (nécessité de rester alité pendant jours)
- Difficultés respiratoires : Halètement ; Étouffement
- Troubles digestifs : Rots ; Ballonnements ; Gaz ; Diarrhée ; Constipation ; Vomissements
- Confusion Autres symptômes (préciser) :
- Date de survenue des symptômes :
- Durée : jours semaines
- **Test** de dépistage PCR effectué le : Résultat positif ; Résultat négatif
- Scanner thoracique le : Résultat positif (lésions univoques) ; Résultat négatif
- **Hospitalisation** en date du :
- Durée de l'hospitalisation : jours semaines
- **Traitement** ou soins médicaux reçus : Aucun traitement Hydroxychloroquine Azithromycine
- Autres médicaments/soins :
- Oxygène respirateur ECMO Autres :
- Date de l'entrée en établissement spécialisé après coma et intubation :
- Date du retour à domicile :
- Durée de convalescence après le retour à domicile (jusqu'au retour à l'état antérieur) :
- Test sérologique : Oui Non Résultat positif (présence d'anticorps neutralisants) : Oui Non
- Date du **décès** : Cause mentionnée par le médecin ayant constaté le décès :
- Lieu du décès : Hôpital Maison de retraite Domicile Autre :
- Savez-vous **comment et par qui la contamination est arrivée** ? Oui Non
- Si oui, veuillez préciser :
-
.....
- **Âge** : Année de naissance : Mois : **Sexe** : Féminin Masculin
- **Maladies** pré-existantes : Diabète Hypertension Surpoids Obésité
Electrosensibilité Autres :
Aucune
- **Nombre d'appareils** électriques dans le logement : NSP
- Nombre d'appareils électriques dans la chambre : NSP

- Nombre d'ampoules basse consommation fluocompactes dans le logement : NSP
- Antennes-relais à proximité du domicile : Oui Non Si oui, à quelle distance :m NSP
- Poste de transformation à proximité du domicile : Oui Non Si oui, à quelle distance :m NSP
- Type de logement : Immeuble Maison de ville/village Maison mitoyenne Maison isolée
- Compteur électrique à l'extérieur du logement Compteur à l'intérieur du logement NSP
- Linky posés dans le quartier : Oui Non Si oui, à quelle date : NSP
- Linky posé dans le logement : Oui Non Si oui, à quelle date : NSP
- Pannes ou incendies constatés en lien avec la pose du Linky : Non Oui Préciser :.....
- Temps quotidien d'écran actif (la personne l'utilise elle-même :h) NSP
Ecrans utilisés : ordinateur / tablette / téléphone portable / smartphone / télévision / jeu vidéo
- Temps quotidien d'écran passif (une autre personne l'utilise en sa présence) :h NSP
Ecrans allumés : ordinateur / tablette / téléphone portable / smartphone / télévision / jeu vidéo
- Habitude de mettre le téléphone portable / smartphone dans la poche : Oui Non NSP
- Box wifi dans le logement : Oui Non Allumée en permanence Eteinte la nuit NSP
- Téléphone sans fil d'intérieur : Dans le logement Dans la chambre NSP
- Heure habituelle du coucher :h Durée quotidienne de sommeil :h NSP
- Qualité du sommeil : Réparateur Entrecoupé de réveils Difficultés d'endormissement
Réveil trop tôt le matin Insomnie Sieste (fréquence :x/semaine)

Environnement : Zone de plaine Bord de mer Montagne

Très grande ville Grande ville Ville moyenne Petite ville Village
>100 000 hab. <100 000 hab. <30 000 hab. <10 000 hab. <2000 hab.

Avez-vous souffert de la canicule de 2019 : Enormément Modérément Peu Pas du tout

Utilisation par la personne concernée des transports en commun : Oui Non NSP

Si oui, lesquels : Bus Métro Tramway Train Fréquence :x/semaine

Mode de confinement du 17 mars au 11 mai 2020 : Pas de confinement (travail posté)

Confinement strict (aucune sortie) Confinement souple (courses, promenades)

Télétravail Pratique sportive à l'intérieur ou ménage NSP

Sédentarité Augmentation du temps d'écran estimée à % NSP

Echelle anxiété 10 / tranquillité 1 : Noter de 1 (très grande tranquillité) à 10 (très grande anxiété)

la façon dont la personne concernée a vécu : pendant le confinement : NSP

: depuis le 11 mai : NSP

Vaccination anti-grippale : Hiver 2019-2020 Oui Non NSP

: Hiver 2018-2019 Oui Non NSP

La personne concernée a-t-elle reçu le vaccin B.C.G. ? Oui Non NSP

Autres observations concernant la vaccination :

Amalgames dentaires : Oui Non Nombre : Si dépose, à quelle date : NSP

Habitudes vestimentaires (la compression cellulaire chronique par les vêtements ou sous-vêtements à élastiques pourrait affecter la tension régulée par les récepteurs ACE2 qui sont les portes d'entrées du coronavirus dans les cellules) : sous-vêtements serrés (slip, soutien-gorge à baleines) NSP

: sous-vêtements lâches (caleçon, brassière) NSP

Taille ou poitrine serrée par les vêtements à cause de l'embonpoint : Oui Non NSP

Montre au poignet : Oui au poignet gauche au poignet droit Non NSP

Autres observations :

.....

.....

Date à laquelle ce questionnaire a été rempli :