

# Questionnaire Covid-19 T3

## Introduction

---

Ce court questionnaire est destiné à actualiser vos données de suivi concernant votre poids, votre situation par rapport à l'emploi et vos symptômes, tests et diagnostics liés à la Covid-19.

**Que vous ayez ou non répondu aux premiers questionnaires sur Covid-19 (SAPRIS) les mois derniers, il est important que vous remplissiez ce questionnaire-ci.**

Toute l'équipe NutriNet-Santé vous remercie vivement pour votre participation qui constitue un acte d'utilité publique citoyen et solidaire.

**Notre équipe n'est pas habilitée et n'est pas en mesure de répondre aux questions médicales que vous pouvez vous poser sur le Coronavirus. Si vous souhaitez des informations sur les mesures de prévention, les signes de la maladie, ce qu'il faut faire en cas de problème de santé, nous vous invitons à consulter le site <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/coronavirus-questions-reponses>.**

**Si vous avez des symptômes, appelez votre médecin traitant ou le 15 si vous avez des difficultés respiratoires. Plus d'informations sur <https://maladiecoronavirus.fr>**

## Poids

---

**Avez-vous accès à une balance pour vous peser ?**

Oui  Non

**Quel est votre poids actuel ? **

kg

**A combien estimez-vous votre poids actuel ?**

kg

**Si vous avez la possibilité de le mesurer, merci d'indiquer votre tour de taille actuel :**

cm

**Aide : Faire passer le mètre-ruban à mi-distance entre la dernière côte et l'os de la hanche (crête iliaque). Il s'agit généralement de l'endroit le plus creux de l'abdomen, juste au dessus ou au dessous du nombril. Mesurer le tour de taille en fin d'expiration (sans retenir la respiration). Le mètre-ruban doit être parallèle au sol. Ne pas prendre la mesure sur des vêtements épais ou amples.**

**Si vous avez la possibilité de le mesurer, merci d'indiquer votre tour de hanches actuel :**

cm

**Aide : Entourer un mètre-ruban autour des hanches et vérifier que sa position est horizontale tout autour des hanches. Prendre la mesure, de profil, au niveau de la plus grande circonférence passant par la saillie des fesses. Le mètre-ruban ne doit pas compresser la peau. Il doit être relativement lâche pour pouvoir passer un doigt entre le mètre-ruban et votre corps.**

## Situation actuelle par rapport à l'emploi

---

**Actuellement, vous êtes :**

Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.

En emploi

En emploi à temps partiel pour cause de chômage technique ou partiel

En arrêt temporaire de travail pour cause de chômage technique

En autorisation spéciale d'absence pour garde d'enfant (sans télétravail)

- En arrêt temporaire de travail pour cause d'arrêt maladie
- En arrêt temporaire de travail pour cause de congé sans solde ou disponibilité
- En arrêt temporaire de travail pour cause de congé maternité, paternité, d'adoption, parental
- Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- Ne travaille pas pour raisons de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- Sans activité professionnelle

**Actuellement :**

- Vous travaillez (ou étudiez) uniquement en dehors de votre domicile
- Vous êtes en télétravail complet
- Vous alternez télétravail et travail sur site hors de votre domicile
- Vous êtes en congés

**Symptômes, diagnostic, test Covid-19**

---

**Depuis le début de l'année, un médecin vous a-t-il dit que vous aviez eu le coronavirus (avec ou sans test virologique) ?**

- Oui
- Non
- Vous ne savez pas

**C'était :**

- Avant le 1er mars 2020
- Entre le 1er mars et le 16 mars
- Entre le 17 mars et le 29 mars
- Entre le 30 mars et le 12 avril
- Entre le 13 avril et le 30 avril
- Entre le 1er mai et le 15 mai
- Entre le 16 mai et le 2 juin
- Depuis le 2 juin

***N'oubliez pas de déclarer cet évènement dans votre espace santé !***

**Depuis le début de l'année, avez-vous été testé(e) pour le coronavirus ?**

- Oui
- Non

***N'oubliez pas de déclarer cet évènement dans votre espace santé !***

**Combien de tests avez-vous réalisés ?**

**Test 1 :**

**Date du prélèvement pour ce test :**

**Résultat de votre test :**

- Positif
- Négatif
- Vous n'avez pas le résultat

**Prescrit par un médecin :**

- Oui
- Non

**Type de test :**

- Test sérologique (sanguin)

Test PCR avec prélèvement nasopharyngé

Test salivaire

Autre

Veillez préciser :

#### Test 1 :

**Date du prélèvement pour ce test :**

**Résultat de votre test :**

Positif

Négatif

Vous n'avez pas le résultat

**Prescrit par un médecin :**

Oui  Non

**Type de test :**

Test sérologique (sanguin)

Test PCR avec prélèvement nasopharyngé

Test salivaire

Autre

Veillez préciser :

#### Test 2 :

**Date du prélèvement pour ce test :**

**Résultat de votre test :**

Positif

Négatif

Vous n'avez pas le résultat

**Prescrit par un médecin :**

Oui  Non

**Type de test :**

Test sérologique (sanguin)

Test PCR avec prélèvement nasopharyngé

Test salivaire

Autre

Veillez préciser :

**Si vous avez réalisé plus de 3 tests, merci de renseigner le premier et les deux derniers.**

#### Test 1 :

**Date du prélèvement pour ce test :**

**Résultat de votre test :**

Positif

Négatif

Vous n'avez pas le résultat

vous n'avez pas le resultat

**Prescrit par un médecin :**

Oui  Non

**Type de test :**

Test sérologique (sanguin)

Test PCR avec prélèvement nasopharyngé

Test salivaire

Autre

Veillez préciser :

**Test 2 :**

**Date du prélèvement pour ce test :**

**Résultat de votre test :**

Positif

Négatif

Vous n'avez pas le résultat

**Prescrit par un médecin :**

Oui  Non

**Type de test :**

Test sérologique (sanguin)

Test PCR avec prélèvement nasopharyngé

Test salivaire

Autre

Veillez préciser :

**Test 3 :**

**Date du prélèvement pour ce test :**

**Résultat de votre test :**

Positif

Négatif

Vous n'avez pas le résultat

**Prescrit par un médecin :**

Oui  Non

**Type de test :**

Test sérologique (sanguin)

Test PCR avec prélèvement nasopharyngé

Test salivaire

Autre

Veillez préciser :

**Depuis le début de l'année, avez-vous présenté l'un des symptômes suivants que vous n'avez pas habituellement ?**

**Fièvre ou sensation de fièvre ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai  
Juin  
Juillet  
Août  
Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée  
1 à 3 jour(s)  
4 à 7 jours  
8 à 14 jours  
Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Mal à la tête ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai  
Juin  
Juillet  
Août  
Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée  
1 à 3 jour(s)  
4 à 7 jours  
8 à 14 jours  
Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Fatigue inhabituelle ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai

Juin  
Juillet  
Août  
Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée  
1 à 3 jour(s)  
4 à 7 jours  
8 à 14 jours  
Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Courbatures/douleurs musculaires ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai  
Juin  
Juillet  
Août  
Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée  
1 à 3 jour(s)  
4 à 7 jours  
8 à 14 jours  
Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Toux ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai  
Juin  
Juillet  
Août  
Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée  
1 à 3 jour(s)  
4 à 7 jours

8 à 14 jours

Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Difficultés respiratoires, essoufflement inhabituel ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée

1 à 3 jour(s)

4 à 7 jours

8 à 14 jours

Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Nez qui coule ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée

1 à 3 jour(s)

4 à 7 jours

8 à 14 jours

Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Troubles du goût, ou de l'odorat ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai  
Juin  
Juillet  
Août  
Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée  
1 à 3 jour(s)  
4 à 7 jours  
8 à 14 jours  
Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Nausées / vomissements ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai  
Juin  
Juillet  
Août  
Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

Moins d'une journée  
1 à 3 jour(s)  
4 à 7 jours  
8 à 14 jours  
Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Diarrhée ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

Janvier  
Février  
Mars  
Avril  
Mai  
Juin  
Juillet  
Août





Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

- Moins d'une journée
- 1 à 3 jour(s)
- 4 à 7 jours
- 8 à 14 jours
- Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Douleurs thoraciques, oppression ?**

Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

- Janvier
- Février
- Mars
- Avril
- Mai
- Juin
- Juillet
- Août
- Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

- Moins d'une journée
- 1 à 3 jour(s)
- 4 à 7 jours
- 8 à 14 jours
- Plus de 2 semaines

**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

**Apparition de rougeurs, engelures, plaques persistantes sur les mains, les pieds ou le visage ?**

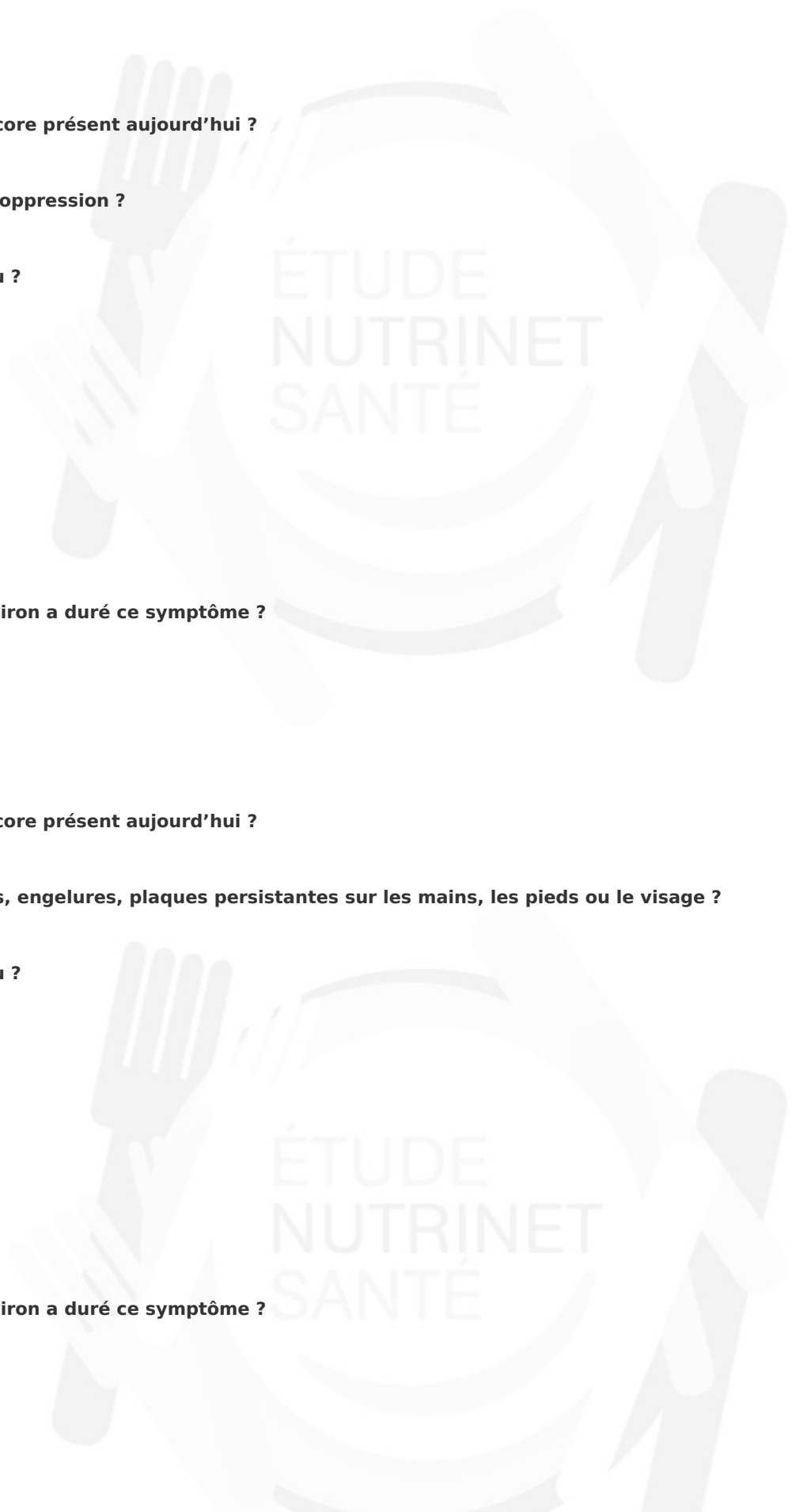
Oui  Non

**Quel mois est-il apparu ?**

- Janvier
- Février
- Mars
- Avril
- Mai
- Juin
- Juillet
- Août
- Septembre

**Combien de temps environ a duré ce symptôme ?**

- Moins d'une journée
- 1 à 3 jour(s)
- 4 à 7 jours
- 8 à 14 jours
- Plus de 2 semaines



**Le symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?**

Oui  Non

***Si vous avez des symptômes, appelez votre médecin traitant ou le 15 si vous avez des difficultés respiratoires. Plus d'informations sur <https://maladiecoronavirus.fr>***

**Avez-vous consulté un médecin pour ces symptômes ?**

Oui  
Non

**Le médecin vous a dit :**

Que vous aviez très probablement le coronavirus  
Que vous aviez peut-être le coronavirus  
Que vous n'aviez probablement pas le coronavirus  
Que vous n'aviez certainement pas le coronavirus  
Il ne vous a pas parlé du coronavirus

**Depuis le début de l'année, pensez-vous avoir été contaminé(e) à un moment donné par le coronavirus ?**

Oui certainement  
Oui peut-être  
Non je ne pense pas vraiment  
Non certainement pas  
Vous n'en avez aucune idée

**Vous pensez qu'il est probable que vous ayez attrapé le virus...**

**Suite au contact d'un de vos proches ?**

Oui  
Non  
Vous n'en avez aucune idée

**Sur votre lieu de travail ?**

Oui  
Non  
Vous n'en avez aucune idée

**Depuis le début de l'année, parmi les proches qui partagent votre foyer, y en a-t-il...(plusieurs réponses possibles)**

Qui ont été testés positifs au coronavirus  
Qui ont eu des symptômes du coronavirus  
Qui ont été hospitalisés pour le coronavirus  
Qui sont décédés du coronavirus

**Depuis le début de l'année, dans votre entourage proche (famille, ami(e)s, collègues), connaissez-vous des personnes qui ne partagent pas votre foyer...(plusieurs réponses possibles)**

Qui ont été testés positifs au coronavirus  
Qui ont eu des symptômes du coronavirus  
Qui ont été hospitalisés pour le coronavirus  
Qui sont décédés du coronavirus

**Depuis le début de l'année, quel budget pensez-vous avoir dépensé pour votre foyer pour l'achat de matériel de protection (masques jetables ou en tissu, matériel de confection de masques, gel hydroalcoolique, etc.) ?**

Moins de 10 euros  
10-50 euros  
50-100 euros  
100-200 euros  
Plus de 200 euros

## Substituts à la nicotine

---

**Depuis le début de l'année, avez-vous utilisé des substituts à la nicotine ?**

Oui quotidiennement ou très régulièrement

Oui de temps en temps

Non

**Quels types de substituts nicotiques avez-vous utilisés ? (plusieurs réponses possibles)**

Patch

Comprimé

Inhaleur

Spray buccal

Gomme à mâcher

**Indiquez le grammage de nicotine généralement utilisé :**

milligramme(s) par jour

## Commentaires (facultatifs)

---

**Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)**