

(Modèle MPLP)

**Étude de prévalence de SARS-CoV-2 parmi le personnel de soins des maisons
de repos**
Médecine pour le Peuple

Questionnaire

Section 1 : Coordonnées

Colle ici le code bar du labo :

Nom : _____

Sexe: homme femme

Date de naissance: (jour/mois/année): ___/___/_____

Section 2 : Données professionnelles

- 2.1. Description de travail :
- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmière | <input type="checkbox"/> Collaborateur administratif |
| <input type="checkbox"/> Soignante | <input type="checkbox"/> Collaborateur technique |
| <input type="checkbox"/> Nettoyage | <input type="checkbox"/> autre |
- 2.2. Temps de travail:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> Temps plein |
| <input type="checkbox"/> Nuit | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Mixte (jour/nuit) | |

Section 3 : Informations de santé

3.1 Est-ce que vous avez déjà été testé positif au Corona (Covid-19) via un test au labo, depuis le début de l'épidémie ?

- Non
 Oui

Si oui : date de prise de l'échantillon ; ___/___/_____

3.2. Avez-vous, pour autant que vous savez, été en contact proche avec un cas confirmé de Covid-19 ?

- Au travail Privé

3.3. Données médicales sous-jacentes, maladies ou facteurs de risque (plusieurs réponses sont possibles)

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grossesse (trimestre ___) | <input type="checkbox"/> Fumeur |
| <input type="checkbox"/> Post-partum (<6 semaines) | <input type="checkbox"/> Asthme |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> COPD – autres maladies des bronches |
| <input type="checkbox"/> Hypertension (avec médicaments) | <input type="checkbox"/> Immunité réduite à cause de maladie ou médicaments |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire | |

3.4. Avez-vous **en ce moment** un ou plusieurs des symptômes suivants :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas de symptômes du tout | |
| <input type="checkbox"/> Frissons – sensation de fièvre | <input type="checkbox"/> Douleur (précise où : |
| <input type="checkbox"/> Fièvre (pris – plus que 37,5°C) | ○ Les muscles |
| <input type="checkbox"/> Tousse | ○ La poitrine |
| <input type="checkbox"/> Manquer de souffre | ○ ventre |
| <input type="checkbox"/> Mal à la gorge | ○ articulations |
| <input type="checkbox"/> Mal à la tête | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Le nez qui coule | <input type="checkbox"/> Nausée ou vomir |
| <input type="checkbox"/> Perte d'odeur ou de goût | <input type="checkbox"/> Exanthème |
| <input type="checkbox"/> Fatigue extrême | |

Si vous avez une ou plusieurs des plaintes ci-dessus :

indique alors la date du début des plaintes : ____/____/____

3.5. Avez-vous eu, **depuis le début de l'épidémie du Corona** (jour que les écoles ont fermés) un ou plusieurs des symptômes suivants :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas de symptômes du tout | |
| <input type="checkbox"/> Frissons – sensation de fièvre | <input type="checkbox"/> Douleur (précise où : |
| <input type="checkbox"/> Fièvre (pris – plus que 37,5°C) | ○ Les muscles |
| <input type="checkbox"/> Tousse | ○ La poitrine |
| <input type="checkbox"/> Manquer de souffre | ○ ventre |
| <input type="checkbox"/> Mal à la gorge | ○ articulations |
| <input type="checkbox"/> Mal à la tête | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Le nez qui coule | <input type="checkbox"/> Nausée ou vomir |
| <input type="checkbox"/> Perte d'odeur ou de goût | <input type="checkbox"/> Exanthème |
| <input type="checkbox"/> Fatigue extrême | |

Si vous avez une ou plusieurs des plaintes ci-dessus :

indique alors la date du début des plaintes : ____/____/____

Et la date de la fin des plaintes : ____/____/____

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.

Si vous voulez être tenu au courant des résultats de vos tests, veuillez alors indiquer via quel moyen :

Par téléphone : (n°): _____

Par mail: _____