

**Prevalentiestudie van SARS-CoV-2 bij zorgpersoneel van WoonZorgCentra  
Geneeskunde voor het Volk**

**Vragenlijst**

**Sectie 1: Persoonsgegevens**

*Kleef hier AML bar-code:*

Naam: \_\_\_\_\_

Geslacht:  man  vrouw

Geboortedatum: (dag/maand/jaar): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Sectie 2: Professionele gegevens**

- 2.1. Jobomschrijving:  Verpleegkundige  Administratief medewerker  
 Zorgkundige  Technisch medewerker  
 Poetshulp  andere
- 2.2. Werktijden:  Overdag  Voltijds  
 Nacht  Deeltijds  
 Gemengd (dag/nacht)

**Sectie 3: Gezondheidsinformatie**

3.1 Bent u reeds positief getest op Corona (Covid-19) via een labotest, sinds het begin van de epidemie?

Nee

Ja                      indien ja: datum van de afname van het staal; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

3.2. Bent u, voor zover u weet, in nauw contact geweest met een bevestigd geval van Covid-19?

Op het werk

Privé

3.3. Onderliggende medische gegevens, ziektes of risicofactoren (meerdere antwoorden mogelijk)

Zwangerschap (trimester \_\_\_ )

Roker

Post-partum (<6 weken)

Astma

Suikerziekte

COPD - andere ziekten van de luchtwegen

Hoge bloeddruk (waarvoor medicatie)

Verminderde immuniteit door ziekte of medicatie

Ziekte van hart- of bloedvaten

3.4. Hebt u **op dit moment** een of meerdere van de volgende symptomen:

- Helemaal géén symptomen
- Rillingen - koortsgevoel
- Koorts (gemeten - hoger dan 37,5°C)
- Hoest
- Kortademigheid
- Keelpijn
- Hoofdpijn
- Neusloop
- Verlies van reuk of smaak
- Extreme vermoeidheid
- Pijn (preciseer waar:
  - de spieren
  - de borstkas
  - buik
  - gewrichten
- Diarree
- Misselijkheid of braken
- Huiduitslag

Indien één of meerdere van bovenstaande klachten:

geef datum van het begin van de klachten: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.5. Hebt u, **sinds het begin van de Corona-epidemie** (dag dat de scholen dicht gingen) **ooit** een of meerdere van de volgende symptomen gehad:

- Helemaal géén symptomen
- Rillingen - koortsgevoel
- Koorts (gemeten - hoger dan 37,5°C)
- Hoest
- Kortademigheid
- Keelpijn
- Hoofdpijn
- Neusloop
- Verlies van reuk of smaak
- Extreme vermoeidheid
- Pijn (preciseer waar:
  - de spieren
  - de borstkas
  - buik
  - gewrichten
- Diarree
- Misselijkheid of braken
- Huiduitslag

Indien één of meerdere van bovenstaande klachten gehad:

Geef datum van het begin van de klachten: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En datum van einde van de klachten: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Wij danken u voor het invullen van deze vragenlijst.

Indien u wilt verwittigd worden van de resultaten van uw testen, gelieve dan hieronder aan te geven op welke wijze:

Via telefoon: (nr of nrs): \_\_\_\_\_

Via mail: \_\_\_\_\_