

Annexe IV

Questionnaire dépistage COVID-19 – Recherche clinique CHU Sainte-Justine
À faire 24h avant la visite de recherche
et refaire l'évaluation des symptômes (question 5) à l'arrivée du/de la participant(e)

1) Avez-vous (parent ou enfant) reçu un diagnostic de COVID-19 (test de dépistage positif) dans les 3 derniers mois? Oui Non

- Si **oui**, à quelle date ? _____
S'il y a moins de 10 jours (ou moins de 21 jours pour un(e) participant(e) immunosupprimé(e)), **le/la participant(e) ne peut se présenter au CHUSJ.**

2) Avez-vous reçu une ou deux doses de vaccin? Oui Non

- Si **oui**, Date d'administration # 1 _____ Date d'administration # 2 _____
____ - ____ - 20__ ____ - ____ - 20__

3) Avez-vous (parent ou enfant) été en contact avec quelqu'un ayant eu un diagnostic de COVID-19 dans les 14 derniers jours? Oui Non

- Si **oui** et n'a pas reçu ses **2 doses** de vaccin dans les 14 derniers jours (ou un test positif à la **Covid** + 1 dose de vaccin dans les 14 derniers jours), **le/la participant(e) ne peut pas se présenter au CHUSJ.**

4) Avez-vous (parent ou enfant) voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours?

Oui Non

- Si **oui** et n'a pas reçu ses **2 doses** de vaccin dans les 14 derniers jours (ou un test positif à la **Covid** + 1 dose de vaccin dans les 14 derniers jours), **le/la participant(e) ne peut se présenter au CHUSJ.**

5) Est-ce que vous (parent ou enfant) présentez 1 des symptômes suivants :

- Fièvre ($\geq 38,1^{\circ}\text{C}$ buccale) Oui Non
- Toux (nouvelle ou aggravée) Oui Non
- Écoulement nasal ou congestion nasale Oui Non
- Mal de gorge Oui Non
- Difficultés à respirer ou essoufflement Oui Non
- Perte soudaine de l'odorat ou du goût Oui Non

- Si **oui**, **le/la participant(e) ne peut se présenter au CHUSJ.**

OU au moins 2 des symptômes suivants :

- Fatigue intense Oui Non
- Perte d'appétit importante Oui Non
- Douleur abdominale Oui Non
- Nausées ou vomissements Oui Non
- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique) Oui Non
- Mal de tête Oui Non
- Diarrhée Oui Non

- Si **oui** pour au moins 2 de ces symptômes, **le/la participant(e) ne peut se présenter à l'hôpital.**