

(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: \_\_\_\_\_