

Symptoms

Symptômes mnésiques

Avez-vous eu **DES SYMPTOMES LIES A LA MEMOIRE** depuis le début de votre COVID-19? *

Oui

Non

Parmi les symptômes suivants liés à la mémoire lesquels avez-vous eus depuis le début de votre maladie au COVID-19? *

- Perte de mémoire à court terme (mémoire qui dure moins de 30s, comme se souvenir d'un numéro de téléphone avant de l'écrire ou oublier que vous êtes au milieu d'une tâche)
- Perte de mémoire à long terme (par exemple se souvenir de ce que l'on a fait la veille, oublier que l'on a déjà fait une tâche, oublier des choses que l'on a déjà apprises)
- Ne pas être capable de se faire de nouveaux souvenirs
- Oublier comment on fait des tâches du quotidien (faire ses lacets, se laver les mains)
- Aucune des réponses ci-dessus
- Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois, cocher le.

Semaine Semaine Semaine Semaine **Mois** Mois Mois Mois M

1 2 3 4 **2** 3 4 5

Symptômes
mnésiques

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

Avez-vous eu des problèmes de **BROUILLARD**

CEREBRAL (incapacité à se concentrer, penser clairement, planifier, comprendre, pensées accélérées ou ralenties) depuis le début de votre COVID-19? *

Oui

Non

Parmi les symptômes suivants de type brouillard cérébral/dysfonctionnement cognitif, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

Difficultés au niveau des fonctions exécutives (planification, organisation, abstraction)

Agnosie (incapacité à identifier des objets en dépit d'un fonctionnement sensoriel normal)

Difficultés à résoudre des problèmes ou prendre des décisions

Difficultés à réfléchir

Accélération de la pensée

Ralentissement de la pensée

Mauvaise attention ou concentration

Je n'ai pas eu de symptômes de brouillard cérébral

Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis **mois** (si vous n'avez pas encore atteint une certaine semaine ou mois, laissez vide). Même si vous n'avez eu ces symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	M
Brouillard cérébral/dysfonctionnement cognitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Changes to Daily/Functional Abilities due to memory loss or brain fog

Vous êtes-vous sentis significativement limité ou incapable de réaliser une ou des activités ci-dessous en raison de votre **PERTE DE MEMOIRE/BROUILLARD CEREBRAL** (incluant les troubles de l'attention, les dysfonctionnements cognitifs et les altérations de l'état de conscience) spécifiquement? *

	Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
Conduire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
S'occuper des enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Cuisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Se nourrir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Prendre une douche ou un bain régulièrement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

	Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
Prendre des décisions sérieuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Quitter la maison et revenir sans se perdre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Se souvenir du mois ou de l'année	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Tenir une conversation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Ne pas oublier son traitement/ses médicaments et se souvenir qu'on l'a pris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

	Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
Travailler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Suivre des consignes simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Communiquer vos pensées et besoins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

Autre

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

Sévèrement inapte	Modérément inapte	Légèrement inapte	A
----------------------	----------------------	----------------------	---

Optionnel: S'il y a d'autres plans de votre vie qui ont été ou sont affectés par des pertes de mémoire ou du brouillard cognitif incluez les ici. Précisez si les symptômes sont légèrement, modérément ou sévèrement incapacitants.

Optionnel: Utilisez cet espace pour décrire des exemples de votre brouillard cérébral, problèmes mnésiques et troubles de l'attention. N'incluez pas d'information qui puisse permettre l'identification (comme un nom ou une localisation).

Emotional/Behavioral Changes

Changements émotionnels et de comportement

En comparaison de comment vous vous sentiez avant COVID, avez-vous noté l'aggravation d'un ou plusieurs des éléments suivants? *

- Difficultés à contrôler vos émotions
- Manque d'inhibition (difficultés à contrôler son comportement)
- Irritabilité
- Colère
- Impulsivité (agir sur un coup de tête sans se contrôler)

- Agressivité
- Euphorie (un sentiment ou un état d'excitation intense)
- Délires
- Dépression
- Apathie (absence de sentiments, émotions, intérêts ou soucis)
- Suicidalité
- Changements d'humeur
- Anxiété
- Manie (excitation, degrés d'humeur anormalement élevés, besoin de sommeil diminué, délires occasionnels)
- Hypomanie (forme modérée de manie)
- Pleurs
- Sentiment de malheur
- Aucune des réponses ci-dessus
- Autre

Optionnel: Utilisez cet espace pour donner des exemples de vos changements émotionnels durant votre maladie.

Veuillez ne pas inclure d'informations d'identification (nom, emplacement, etc.).

Optionnel: Si vous avez déjà eu ces émotions **pre-COVID**, expliquez en quoi elles étaient différentes **post-COVID**.

N'incluez pas d'information qui puisse permettre l'identification
(nom, localisation etc.)

Speech and Other Language Issues

Troubles de la parole et du langage

Avez-vous eu des problèmes de **PAROLE ET LANGAGE** depuis le début de votre COVID-19 ? *

- Oui
 Non

Parmi les symptômes ci-dessous concernant la parole et le langage, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

- Difficultés à trouver les mots à l'écrit/à l'oral
 Difficultés à communiquer à l'oral
 Difficultés à former des phrases complètes
 Troubles de l'articulation
 Difficultés à communiquer par écrit
 Difficultés à comprendre ce que les autres disent
 Difficultés à lire/ comprendre le langage écrit

- (le cas échéant) changements de vos capacités concernant votre éventuelle deuxième/troisième langue
- Aucune des réponses ci-dessus
- Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis **les mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, sélectionnez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6
Troubles de la parole et du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parlez-vous plusieurs langues? *

- Oui
- Non

Optionnel: Utilisez cet espace pour donner des exemples de vos troubles du langage, incluant la parole, l'écriture, la lecture, et la compréhension orale. Incluez tous les changements que nous n'avons pas mentionnés ci-dessus. Par exemple si vous parlez plusieurs langues et que vous avez remarqué des problèmes différents selon la

langue.

Headaches

Maux de tête

Avez-vous eu d'inhabituels **MAUX DE TETE OU PROBLEMES ASSOCIES** depuis le début de votre COVID-19? *

- Oui
 Non

Parmi les symptômes suivants, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19 ? *

- Maux de tête, à la base du crâne
 Maux de tête, dans les tempes
 Maux de tête, derrière les yeux
 Maux de tête, diffus (tout l cerveau)
 Maux de tête/douleur après effort
 Maux de tête, autre
 Sensation de cerveau qui chauffe/"en feu"

- Sensation de pression au cerveau
- Migraines
- Torticolis
- Aucune des réponses ci-dessus

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	N
Maux de tête et symptômes associés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sense of Smell and Taste

Goût et Odorat

Avez-vous eu des changements de **GOÛT OU D'ODORAT** depuis le début de COVID-19 ? *

- Oui
- Non

Parmi les symptômes suivants, lesquels avez-vous eus depuis de début de votre COVID-19? *

- Perte d'odorat
- Odeurs fantômes (imaginer des odeurs qui ne sont pas là)
- Hypernosmie/ augmentation de l'odorat
- Odorat altéré
- Perte du goût
- Goûts fantômes (imaginer un goût, avoir un goût dans la bouche alors qu'il n'y a rien)
- Augmentation du sens du goût
- Goût altéré
- Aucune des réponses ci-dessus

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez ces symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mo (if applicable)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5
Changements du goût ou de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez eu des goûts fantômes décrivez les:

Si vous avez des odeurs fantômes, décrivez les:

Tremors and Vibrating Sensations

Tremblements et Sensations de vibrations

Avez-vous eu des **TREMBLEMENTS OU DES SENSATIONS DE VIBRATION** depuis le début de votre COVID-19 ? *

Tremblement: contraction musculaire involontaire et rythmique conduisant à des tremblements dans une ou plusieurs parties du corps

Sensations de vibration: Une impression de boudonnement, comme si vos muscles, doigts ou jambes vibraient de l'intérieur mais on ne voit pas le mouvement

- Oui
- Non

Parmi les symptômes suivants, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19 illness? *

Indiquez la partie du corps concernée dans la zone de texte. S'il y a plusieurs endroits, séparez les avec une virgule (par exemple jambes, torse, mains) .

- Tremblements
- Sensations de vibration

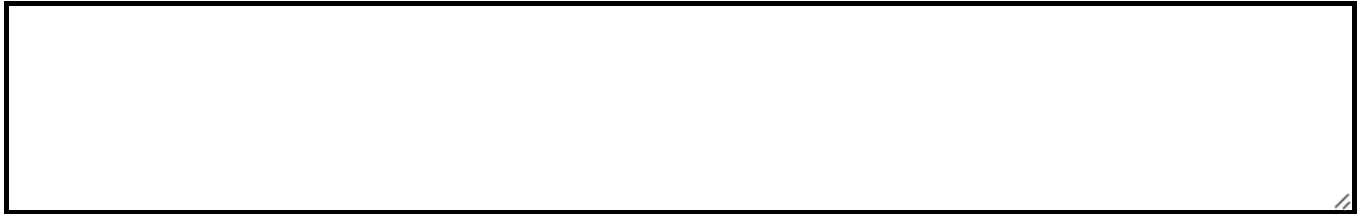
quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensations de vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilisez cet espace pour donner des exemples de vos tremblements ou sensations de vibration durant votre maladie.

N'incluez aucune information qui puisse permettre l'identification (comme un nom ou une localisation).



Sleeping issues

Troubles du sommeil

Avez-vous eu des **TROUBLES DU SOMMEIL** depuis le début de votre COVID-19 ? *

- Oui
 Non

Parmi les troubles du sommeil suivants, lesquels avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

- Rêves lucides (rêves durant lesquels vous êtes conscients de rêver ou avez un certain contrôle sur vos rêves)
- Rêves réalistes
- Cauchemars
- Insomnie
- Sueurs nocturnes
- Syndrome des jambes sans repos/Impatiences
- Réveillé par l'impression de ne plus pouvoir respirer
- Apnée du sommeil

Autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous eu des insomnies, parmi les propositions suivantes lesquelles décrivent le mieux votre type d'insomnies? *

- Difficultés à s'endormir
- Réveil tôt le matin
- Multiples réveils dans la nuit
- Aucune des réponses ci-dessus

Quelle était/est la cause de votre insomnie? *

- Douleur
- Sensibilité aux bruits/lumières extérieurs
- Autre inconfort physique
- Anxiété/ dépression/ pensées intrusives
- Difficultés à respirer
- Sensation d'adrénaline/énergie
- Sensation que le virus me garde éveillé
- Autre

Hallucinations

Hallucinations

Avez-vous eu des **HALLUCINATIONS** (visuelle, tactile, auditive) depuis le début de votre COVID-19? *

- Oui
- Non

Parmi les hallucinations suivantes, lesquelles avez-vous eues depuis le début de votre COVID-19? *

- Hallucinations visuelles
- Hallucinations auditives
- Hallucinations tactiles
- Hallucinations, autre

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez vos symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois** (si vous n'avez pas encore atteint une semaine ou un mois, laissez vide). Même si vous avez eu ces symptômes seulement sur une partie de la semaine ou du mois, cochez le.

	Week 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Faiblesse, engourdissement, picotement, sensation de froid et autres sensations

Parmi les propositions suivantes, quels **SYMPTOMES OU SENSATIONS NEUROLOGIQUES** avez-vous eus depuis le début de votre COVID-19? *

Précisez la partie du corps concernée dans la zone de texte. Si plusieurs parties du corps sont concernées, séparez les avec une virgule (par exemple main, jambe, pied).

Sensations de la peau: brûlures, picotements, ou démangeaisons sans rash

Perte de sensation/engourdissement

- Engourdissement/faiblesse d'un côté du corps seulement
- Sensation de froid
- Sensations de picotements/ d'aiguilles
- sensations de chocs/décharges électriques
- Paralysie faciale (indiquez le côté touché)
- Sensation de pression/perte de sensibilité du côté gauche
- Sensation de pression/perte de sensibilité du côté droit
- Sensation de pression/perte de sensibilité autre
- Faiblesse
- Aucune des réponses ci-dessus

Quand avez-vous eu des symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (if applicable)**. Même si vous avez eu ces symptômes sur seulement une partie de la semaine ou du mois, coche le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Toutes les sensations neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperature Issues

Problèmes de température

Avez-vous eu des **PROBLEMES DE TEMPERATURE** (incluant la tolérance à la chaleur, frissons, température haute ou basse) depuis le début de COVID-19 ? *

- Oui
- Non

Parmi les propositions suivantes avez-vous eu des **PROBLEMES DE TEMPERATURE** depuis le début de votre COVID-19? *

- Variations de température (variations rapides allant d'une absence de fièvre à une fièvre avérée)
- Intolérance à la chaleur
- Autres problèmes liés à la température non listés ci-dessus ou ci-dessous

Si vous avez eu des problèmes de température, quand les avez-vous eus ? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois** (si vous n'avez pas encore atteint une semaine/mois, laissez vide). Même si vous avez eu seulement des symptômes pour une partie

de la semaine ou du mois, cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Température élevée (98.8-100.4 degrés Fahrenheit, 37.1-37.9 Celsius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre (100.4 degrés Fahrenheit / 38 degrés Celsius ou au-delà)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frissons/bouffées de chaleurs/sueurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout autre problème de température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez eu une température basse, quelle était votre température la plus basse? Entrez seulement le nombre.

Si vous avez eu une température élevée, quelle était votre température la plus élevée? Entrez seulement le nombre.

Cardiovascular Symptoms

Symptômes cardiaques

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez ces symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**, si vous avez eu ces symptômes seulement sur une partie de la semaine/mois cochez le.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Tachycardie (rythme cardiaque élevé, >90 BPM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradycardie (rythme cardiaque bas, <60 BPM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations (sensation que votre coeur va trop vite ou saute des battements ou résonne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veines inflammées/ qui ressortent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caillots
(thrombose)

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, quel était votre rythme cardiaque maximum (en BPM), **au repos**?

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, quel était votre rythme cardiaque maximum (en BPM), à l'**effort** (durant une activité physique)?

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, votre rythme cardiaque était-il plus haut debout qu'assis?

- Oui il était plus haut quand j'étais debout
- Non il était plus haut quand j'étais assis
- Assis ou debout il était pareil

Si vous avez eu de la tachycardie et que vous avez pu la mesurer, de combien votre rythme cardiaque a-t-il changé (en BPM) lorsque vous passiez de la position assise à la position debout ?

All Other Symptoms - Timecourse

Cette section recouvre plusieurs groupes de questions concernant plusieurs symptômes/problèmes organisés par parties du corps (**Troubles génériques, troubles gastro-intestinaux, troubles respiratoires et des sinus, symptômes ORL, symptômes ophtalmologiques/des yeux, symptômes du système urinaire et reproductif, problèmes de peau et allergies, troubles musculo-articulaires**)

Avez-vous eu ces symptômes, et si oui, quand? *

Cochez ces symptômes pour les premières **4 semaines**, et puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes qu'une partie de la semaine/mois seulement, cochez le. **Si vous n'avez eu aucun de ces symptômes cochez (aucune des réponses ci-dessus)**.

Troubles génériques

Aucun des symptômes génériques ci-dessous ne s'applique à moi

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les premières **4 semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu des symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois, cochez les.

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3
Vertiges/Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Névrалgie (douleurs des nerfs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions (confirmées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions (suspectées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à respirer, épisodes de dyspnée avec une saturation en oxygène normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saturation en oxygène basse (<94%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvelle/inhabituelle réaction anaphylactique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episode de confusion aigue/désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'articulation/difficultés à prononcer les mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hypoglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles gastro-intestinaux

Aucun des troubles gastro-intestinaux suivants ne s'appliquent à moi

Troubles gastro-intestinaux

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlures à l'oesophage / reflux gastro oesophagien / remontées acides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptômes respiratoires et des sinus

Aucun des symptômes respiratoires ci-dessous

Symptômes respiratoires et des sinus

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine4	N
Toux sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toux productive avec mucus/glaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tousser du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eternuement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nez qui coule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleurs/brûlures à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiration bruyante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>						

Symptômes ORL

Aucun des symptômes ci-dessous

Symptômes ORL

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	N
Perte d'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres troubles ORL/auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Symptômes ophtalmologiques

Aucun des symptômes ophtalmologiques ci-dessous

Symptômes visuels et des yeux

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4	M
Symptômes visuels et des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Symptômes concernant les yeux, autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

Symptômes du système reproductif et urinaire

Aucun des symptômes du système reproductif et urinaire

Symptômes du système reproductif et urinaire

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Troubles des cycles menstruels/règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du contrôle de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes de peau et allergie

Aucun problème de peau ou allergie

Problèmes de peau et allergies

	N/A	Week 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2
Peau qui pèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pétéchies (minuscules points violets, rouges ou marron sur la peau, le plus souvent les bras, l'estomac, les fesses et parfois la bouche ou les paupière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orteils COVID (décolorations, gonflements, rougeurs, douleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatographie (lignes rouges quand vous vous grattez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvelles allergies (alimentaires, environnementales, produits chimiques, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <input style="width: 280px; height: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles musculo-articulaires

Aucun des symptômes ci-dessous

Problèmes musculaires et articulaires

	N/A	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Mois 2	Mois 3	Mois 4
Spasmes musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs/brûlures dans l'os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

All Other Symptoms - Checkbox

Tous les autres symptômes

Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes suivants depuis le début de votre COVID-19? *

(Veuillez choisir toutes les options qui s'appliquent)

- Incapacité à pleurer
- Incapacité à bailler
- Boule dans la gorge/difficultés à avaler
- Changements de la voix
- Tousseur du sang
- Sentiment de ne pas être réel, que vous vous observez de l'extérieur (dépersonnalisation)
- Sentiment que le monde n'est pas réel (déréalisation)
- Soif intense
- Aucun des éléments ci-dessus

Symptômes ORL et audition

- Douleur à l'oreille
- Changements du canal auriculaire (comme une sensation de pression, blocage, brûlure)

- Perte de sensation
- Sensibilité au bruit
- Autres problèmes ORL et d'audition
- Aucun des éléments ci-dessus

Yeux et vision

- Symptômes visuels - vision floue
- Symptômes visuels - vision double
- Symptômes visuels - Sensibilité à la lumière
- Symptômes visuels - vision en tunnel
- Symptômes visuel - Perte de la vue
- Douleurs ou pressions aux yeux
- Yeux rouges (conjonctivites)
- Yeux injectés de sang
- Yeux secs
- Rougeurs de l'extérieur des yeux
- Corps flottans
- voir des choses dans le champ visuel périphérique
- Autres problèmes oculaires ou visuels:
- Aucune des réponses ci-dessus

Système reproductif et urinaire

- Ménopause précoce
- Saignements/spotting post ménopause
- Règles anormalement abondantes
- Règles anormalement irrégulières

- Autres problèmes des cycles menstruels
- Réduction de la taille des testicules/du pénis
- Douleurs aux testicules
- Autres problèmes concernant la semence, le pénis, les testicules
- Dysfonctionnement sexuel (difficulté à maintenir une érection, sécheresse vaginale, difficultés à atteindre l'orgasme)
- Problèmes urinaires, autres
- Aucune des réponses ci-dessus

Troubles gastro-intestinaux

- Sensation de satiété/d'être plein très rapide
- Douleurs abdominales
- Transit hyperactif
- Aucune des réponses ci-dessus

Allergies et problèmes de peau

- Allergies nouvelles (alimentaires, environnementales, chimiques, etc)
- Allergies anciennes avec des réactions aggravées
- Démangeaisons de la peau
- Démangeaisons des yeux
- Démangeaisons, autres
- Ongles cassants/ décolorés
- Zona

Aucune des réponses ci-dessus

Symptom Course

Quelle était la sévérité de vos symptômes au cours des **semaines et /des mois?** *

Si vous avez eu des niveaux de gravité divers pour vos symptômes choisissez le plus sévère sur la période donnée.

	Pas de symptôme	Très léger	Léger	Modéré	Sévère	Très sévère
Semaine 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas de symptôme	Très léger	Léger	Modéré	Sévère	Très sévère
Mois 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mois 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pas de symptôme	Très léger	Léger	Modéré	Sévère	Très sévère

Lesquelles des propositions suivantes décrit le mieux votre expérience

des rechutes ou du cours de vos symptômes de manière globale?

Choisissez tout ce qui convient: *

- Je n'ai pas de rechutes/ je n'ai pas encore eu de rechutes
- Mes rechutes suivent un pattern régulier (mensuel, journalier, hebdomadaire).
- Mes rechutes suivent un pattern irrégulier (au hasard).
- Mes rechutes se produisent en réaction à un déclencheur (stress, alcool, exercice/effort, etc).
- Mes rechutes sont de plus en plus courtes/légères avec le temps.
- Mes rechutes sont de plus en plus longues/difficiles avec le temps.
- Le degré de sévérité de mes rechutes est stable dans le temps.
- Mes rechutes suivent un pattern régulier (mensuel, quotidien, hebdomadaire)
- Mes rechutes ne correspondent pas à un pattern identifiable.
- Globalement les symptômes se sont lentement aggravés avec le temps.
- Mon état s'est détérioré rapidement.
- Mon état s'est amélioré rapidement.
- Autre

Lesquels des facteurs ci-dessous aggravent vos symptômes ou entraînent une rechute? Sélectionner tous ceux qui peuvent s'appliquer à votre cas: *

- Stress
- Alcool
- Caféine
- Chaleur
- Règles

- Semaine avant les règles
- Exercice
- Activité physique
- Activité mentale
- Autre

Comment évalueriez vous votre état de santé aujourd'hui, sur une échelle de 0-100 % (100 étant votre état de santé de base pré-COVID)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
%

Symptom Severity

Donnez au moins les **trois symptômes** qui ont été les plus incapacitants durant votre convalescence.

Sur une échelle de 0-10, quel était leur degré de sévérité? (0 pas d'incapacité du tout, 10 correspond à complètement incapacité).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Symptôme 1 *

Symptôme 2 *

Symptôme 3 *

Symptôme 4

Symptôme 5