

Direction générale de la santé publique

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 mars 2020



Madame Nicole Damestoy  
Présidente-directrice générale  
Institut national de santé publique du Québec  
945, avenue Wolfe, 3e étage  
Québec, (Québec) G1V 5B3

Madame la Présidente-Directrice générale,

Dans le cadre de l'enquête épidémiologique concernant le coronavirus 2019-nCoV (la COVID-19), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confie à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de développer et de mettre en œuvre la surveillance et la vigie de la COVID-19, en collaboration étroite avec les autorités ministérielles. Nous confirmons que le mandat confié comprend :

- l'alimentation en continu des données,
- le développement d'indicateurs;
- la gestion des accès des utilisateurs;
- la réponse, en temps opportun, des demandes ad hoc du MSSS et des autorités de santé publique, le cas échéant.

En outre, nous demandons à l'INSPQ de :

- Soutenir le MSSS et les autorités de santé publique dans la surveillance et la vigie de la COVID-19 par des rapports d'analyses synthèses avec interprétations par des experts. En fonction de l'évolution épidémiologique du problème, émettre des recommandations au MSSS et aux autorités de santé publique, le cas échéant ou sur demande spécifique;
- En fonction de l'évolution de la situation dans la province et en tenant compte de l'épidémiologie canadienne et internationale, émettre aussi des recommandations pour les modalités de surveillance et de vigie adaptées à la situation. En effet, l'arrimage des orientations de la surveillance et de la vigie avec celles des interventions est essentiel. Il nous importe de continuer à suivre la situation de très près et de façon efficiente afin de détecter l'émergence de nouveaux profils épidémiologiques selon les populations à risque dans les divers milieux de vie.

... 2

Vous devez vous assurer de préserver la confidentialité des données qui vous seront transmises conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1) et prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la protection des renseignements personnels qui vous sont confiés en vertu du présent mandat.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame Présidente-Directrice générale, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur national de santé publique  
et sous-ministre adjoint,



Horacio Arruda, M.D., FRCPC

c. c. Aux directeurs de santé publique du RSSS

N/Réf. : 20-SP-000201

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 décembre 2020

Madame Nicole Damestoy  
Présidente-directrice générale  
Institut national de santé publique du Québec  
945, avenue Wolfe, 3e étage  
Québec, (Québec) G1V 5B3



Madame la Présidente-Directrice générale,

Le 18 mars dernier, dans le cadre de l'enquête épidémiologique concernant le coronavirus 2019-nCoV (la COVID-19), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de développer et de mettre en œuvre la vigie de la COVID-19, en collaboration étroite avec les autorités ministérielles. Aujourd'hui, à ce mandat s'étend la vigie en lien avec la vaccination COVID-19 qui s'amorcera en décembre 2020 ou en début d'année 2021.

En outre, nous demandons à l'INSPQ :

- de soutenir le MSSS et les autorités de santé publique dans la vigie de la vaccination COVID-19 par le développement d'indicateurs (couvertures vaccinales, manifestations cliniques inhabituelles, efficacité vaccinale, etc.), la production des rapports d'analyses synthèses avec interprétations par des experts et l'émission des recommandations au ministère et aux autorités de santé publique dans le cadre de problématique observée ou sur demande spécifique;
- d'émettre aussi des recommandations pour les modalités de vigie adaptée à la situation en fonction de l'évolution de la vaccination dans la province et en tenant compte également de l'épidémiologie de la maladie.

... 2

L'arrimage des orientations de vigie avec celles des interventions est essentiel. Il nous importe de continuer à suivre la situation de très près afin de détecter l'émergence de nouveaux profils épidémiologiques selon les populations à risque dans les divers milieux de vie.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame la Présidente-Directrice générale, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur national de santé publique  
et sous-ministre adjoint,



Horacio Arruda, M.D., FRCPC

c. c. Directeurs de santé publique  
M<sup>me</sup> Patricia Hudson, INSPQ  
M<sup>me</sup> Valérie Émond, INSPQ

N/Réf. : 20-SP-000201-01

## CHARTRE DE PROJET

Identification du projet	
<b>Nom du projet:</b> Surveillance active des manifestations cliniques survenant après la vaccination contre la COVID-19 et l'influenza, automne 2023	
<b>Direction et directeur(-rice) responsable:</b> Direction des risques biologiques - Patricia Hudson	
<b>Unité/service et chef(-fe) d'unité/service responsable :</b> Vigie COVID-19 - Marie-Claude Gariépy	
<b>Coût estimé du projet:</b> assumé en totalité par CIRN	<b>Débuter dès que possible:</b>
<b>Coût estimé pour le client:</b> 0\$	<b>Date de fin ou durée prévue du projet:</b> 2024-09-01

## PARTIE 1 - DÉMARRAGE

Client/Demandeur	
<b>MSSS (demande du MSSS ou projet financé en tout ou en partie par le MSSS) MSSS</b>	
<b>Veillez indiquer la source de financement potentielle:</b> CIRN	
<b>Pour les projets soutenus par le MSSS :</b>	
Direction générale adjointe	DGAPSP
Direction responsable	DVS et DPCMI
Gestionnaire responsable	Hugo Fournier et Eveline Toth
<input type="checkbox"/> Cette chartre présente un regroupement de projets qui seront déclinés par la suite en plusieurs chartes.	
Section réservée au MSSS :	
<input type="checkbox"/> Entente spécifique MSSS-INSPQ	
<input type="checkbox"/> Mandat complémentaire à l'entente	
<input type="checkbox"/> Priorités ministérielles/gouvernementale et orientations stratégiques	
<input type="checkbox"/> Mandat de recherche	
<input type="checkbox"/> Vigie/Enquête	
<input type="checkbox"/> Mandat Adhoc	
<input type="checkbox"/> Avis demandé au CESP	

Raison d'être du projet
<p>Bien qu'ils soient généralement considérés comme sûrs, des événements indésirables (EI) inattendus peuvent survenir à la suite d'une vaccination, en particulier avec de nouveaux vaccins ou des vaccins établis utilisés dans de nouvelles populations ou avec une nouvelle indication (par exemple, des doses de rappel), ce qui rend importante la surveillance active et continue de la sécurité après l'approbation . Les EI rares ne peuvent être détectés que lorsqu'un grand nombre de personnes reçoivent le vaccin et sont identifiés par la surveillance des EI menée sur l'ensemble de la population.</p> <p>Cette saison 2023-2024, les vaccins contre l'influenza pourront être administrés séparément ou simultanément avec des doses additionnelles de vaccin contre la COVID-19. De plus, le vaccin contre la grippe saisonnière pourra être administré</p>

gratuitement à l'ensemble de la population âgée de 6 mois et plus. Il **est donc important de maintenir la surveillance active de la vaccination contre l'influenza et la COVID-19 pour s'assurer que l'administration, ou la co-administration du vaccin contre la grippe saisonnière et l'administration de doses additionnelles de vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et ne sont pas associés à un risque accru d'EI.**

Une surveillance active des vaccins contre la COVID-19 a déjà été réalisée en 2021-2022 et celle pour les vaccins contre la grippe saisonnière a été réalisée de 2010 à 2020. Cette surveillance active pour les vaccins contre l'influenza et la COVID-19 sera reconduite pour la saison 2023-2024.

Cette surveillance active (saison 2023-2024) sera entièrement supportée financièrement par le réseau national canadien d'innocuité des vaccins (CANVAS/CIRN) qui est conçu pour mener une surveillance active de l'innocuité des vaccins pandémiques, des vaccins contre la grippe saisonnière et d'autres nouveaux vaccins (p. ex. le vaccin contre le méningocoque Bau Québec en 2014) afin d'informer les autorités de santé publique de leur innocuité.

## Objectifs du projet

Les principaux objectifs de ce projet sont les suivants :

1. Estimer chez les personnes vaccinées contre la COVID-19 et/ou l'influenza la fréquence des EI suivant l'immunisation d'une gravité suffisante pour entraîner une consultation médicale ou empêcher les activités quotidiennes.
2. Déterminer si les taux d'EI graves chez les vaccinés sont supérieurs à ceux chez les témoins.

Les objectifs secondaires sont d'estimer l'incidence des EI spécifiques après l'immunisation avec chaque produit vaccinal, de déterminer si les événements sont plus élevés lors de l'administration simultanée des vaccins contre la grippe et COVID-19 ou lors d'une administration séparée et de surveiller l'apparition de nouveaux EI non connus comme étant associés à la vaccination. Les EI pourront également être évalués auprès de sous-populations (p. ex. femmes enceintes) si la taille d'échantillon le permet.

## Type de méthodologie ou de devis envisagé

Étude de cohorte observationnelle à l'aide d'une surveillance active.

## Produit(s) ou service(s)

### Collection ou service principal

*Cochez une seule collection ou un seul service et précisez le type de produit.*

- Surveillance et vigie : Rapport de surveillance ou de vigie
- État des connaissances : (Type : à déterminer)
  - Avis et recommandations : (Type à déterminer)
  - Recherche et développement: Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse
  - Évaluation : (Type à déterminer)
  - Transfert de connaissances : (Type à déterminer)
  - Collections spéciales: (Type à déterminer)
  - Hors collections : (Type à déterminer)
  - Services spécialisés de laboratoire et de dépistage: (Type à déterminer)
  - Formation : (Type à déterminer)
  - Expertise-conseil et soutien au ministère ou aux régions : (Type à déterminer)

Ne s'applique pas

Si vous avez sélectionné « Autre », veuillez préciser :

**Durée ou échéancier approximatif:**

2024-09-01

**Produit(s) ou service(s) complémentaire(s) , s'il y a lieu :**

Rapports hebdomadaires des données de surveillance active

Investigations de signal au besoin

Présentations

**Contient des recommandations**

Oui       Non       Ne sait pas

Si plusieurs produits ou services, veuillez préciser le(s)quel(s):

**Diffusion publique prévue (site web de l'INSPQ ou autre)**

Oui       Non       Ne sait pas

Si plusieurs produits ou services, veuillez préciser le(s)quel(s): Un rapport final des données de surveillance active pour la campagne de vaccination de 2023-2024 sera publié sur le site de l'INSPQ. Au besoin , les rapports hebdomadaires pourront être rendus publiques sur le site web de l'INSPQ.

**Public(s) cible(s)/lectorat(s) visé(s):** Ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe Central ESPRI, vaccinateurs, intervenants en santé publique, réseau des responsables en immunisation, répondants ESPRI, chercheurs.

**Portée sommaire du projet**

La surveillance active se fera sur la base d'un projet similaire réalisé à chaque année pour la vaccination contre l'influenza et depuis 2021 contre la COVID-19 (Projet CANVAS):

- Les informations sur la vaccination des participants potentiels seront obtenues à partir du Registre de vaccination du Québec et les adresses courriels à partir de la banque *Clic Santé* qui a été appariée avec le registre. Ces informations seront les même que celles utilisées dans le projet CANVAS\_COVID et le projet de surveillance active de l'efficacité et sécurité vaccinale des vaccins COVID-19 (projet 53-3184 et 53-3185). Les participants de la saison précédente ayant accepté d'être contactés pour des recherches future recevront un courriel avant le début de la vaccination à l'automne 2023-2024 , les invitant à remplir un questionnaire électronique pour documenter la survenue ou l'aggravation d'un problème de santé suffisamment grave pour avoir requis une consultation médicale dans les 7 jours et 30 jours précédents . Ces personnes témoins ne devront pas avoir reçu un vaccin au cours des 3 derniers mois. Huit jours et 31 jours après la vaccination contre la grippe saisonnière, les participants potentiels seront invités à remplir un questionnaire pour documenter la survenue ou l'aggravation d'un problème de santé dans les 7 jours suivant la vaccination. Un questionnaire de suivi permettra de documenter les événements survenus dans les 30 jours suivant la vaccination. Les questionnaires comprendront également des questions sur les caractéristiques sociodémographiques de la personne vaccinée (p. ex. âge , sexe, genre). Lorsqu'un participant aura eu un problème de santé assez grave pour nécessiter une consultation médicale ou avoir entraîné un arrêt de travail, il fera l'objet d'un suivi téléphonique par un professionnel de recherche pour obtenir plus de détails sur l'événement.

- Nous souhaitons recruter **100 000 participants pour les vaccins contre la COVID-19 et/ou contre l'influenza distribués au Québec pour la saison 2023-2024.**

Un signal de sécurité détecté par la surveillance active fera l'objet d'une investigation si jugé nécessaire. Pour investiguer un signal lié à la sécurité du vaccin, il faudra jumeler les banques administratives suivantes avec le registre de vaccination : MED-ÉCHO, SIGDU, RED, SISMALQ. L'incidence de la maladie à investiguer sera comparée entre les personnes vaccinées et les non-vaccinées pour la période commençant au début de la campagne de vaccination. Une exploration de la fréquence dans les trois années précédant la campagne de vaccination comparativement à celle observée chez les non-vaccinés depuis le début de la campagne sera aussi réalisée. Au besoin, une analyse des cas à l'aide de la méthode « self-control case series » sera réalisée. Cette méthode inclut uniquement des personnes vaccinées ayant fait la maladie à l'étude et l'incidence d'une maladie durant un période dite « à risque » est comparée à celle durant des périodes « non à risque »<sup>1</sup>.

#### **Retombées:**

Les études cliniques pré-commercialisation ne permettent pas de connaître la fréquence d'effets secondaires rares. Ceci n'est possible qu'avec des études post-commercialisation. Cette information est cruciale évaluer le rapport bénéfice-risque de cette vaccination

- 1) La surveillance en post-commercialisation est primordiale pour évaluer la survenue d'EI rares après la vaccination et aussi pour collecter des données auprès d'autres populations non incluses dans les essais cliniques;
- 2) La surveillance active permettra de compléter les informations obtenues à l'aide de la surveillance passive rapidement après le début de la campagne de vaccination automnale et de comparer la sécurité des différents produits;
- 3) Les activités de surveillance permettront éventuellement de détecter rapidement les signaux en lien avec la sécurité des vaccins.
- 4) En cas de signal d'alerte, la réalisation rapide d'une investigation basée sur le jumelage de banques de données de santé et le contact direct avec les patients affectés par l'EI fourniront des données scientifiques de qualité aux autorités de santé publiques qui pourront alors prendre les décisions appropriées.
- 5) L'évaluation en temps réel de la sécurité des vaccins sera utile pour les autorités de santé publique et pour toute la population. En l'absence de bonnes données, les craintes de la population en lien avec la sécurité des vaccins pourraient limiter l'acceptabilité et avoir un impact sur les couvertures vaccinales.

#### **Ressources critiques à la réalisation du projet, s'il y a lieu**

*Si pertinent, soulignez les ressources critiques qu'il sera nécessaire d'acquérir pour la réalisation du projet.*

*Voir le budget détaillé pour l'ensemble des ressources nécessaires.*

#### **Ressources humaines**

Une coordonnatrice scientifique et une agente de planification, de programmation et de recherche au Centre de recherche du CHU de Québec. (CRCHU)

Statisticien(ne) et technicien(ne) à l'Infocentre de santé publique

#### **Ressources matérielles et informationnelles**

Utilisation de Clic Santé et des données du Registre de vaccination par l'Infocentre de santé publique. Les données de surveillance seront collectées à l'aide de la plateforme REDCap supportée par l'Université de la Colombie-Britannique.

#### **Autres**

<sup>1</sup> Peterson I., Douglas L., & Whitaker H (2016). Self controlled case series methods: an alternative to standard epidemiological study designs. *The BMJ*. 354:i4515.

Dans le cadre de l'enquête épidémiologique le SRAS-CoV-2, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de développer et de mettre en œuvre la vigie et la surveillance de la COVID-19, en collaboration avec les autorités ministérielles. Le 20 septembre 2021, ce mandat s'est élargi pour inclure la vigie de la grippe et des autres infections respiratoires aiguës. Dans une lettre datée du 20 novembre 2020, le MSSS demandait à l'INSPQ d'assurer la mise en place d'activités de surveillance des MCI en plus de la surveillance régulière. Cette surveillance, autant passive qu'active, a été effectuée depuis, afin de suivre et d'assurer la sécurité des vaccins.

### Enjeux scientifiques

**INCERTITUDE** Anticipez-vous que des limites dans les connaissances scientifiques actuellement disponibles risquent de compromettre la réalisation du mandat ou l'atteinte de ses objectifs?

Oui    Non  Ne s'applique pas

Si oui, veuillez préciser:

**COHÉRENCE EXTERNE** Anticipez-vous que les conclusions ou les recommandations feront l'objet de débats au sein de la communauté scientifique ou différeront significativement de celles d'autres organisations reconnues de santé publique?

Oui    Non  Ne s'applique pas

Si oui, veuillez préciser:

### Acteurs externes à prendre en considération

## Recommandations et approbations

### Recommandations et approbations internes

Recommandé par : \_\_\_\_\_

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Patricia Hudson

Signature numérique de Patricia Hudson  
Date : 2023.09.27 11:46:18 -04'00'

Approuvé par : \_\_\_\_\_

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Éric Litvak

Signature numérique de Éric Litvak  
Date : 2023.10.02 12:06:15 -04'00'

Approuvé par : \_\_\_\_\_

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Approuvé par : \_\_\_\_\_

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

### Recommandations et approbations externes

Recommandé par : \_\_\_\_\_ 2023-10-06

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Approuvé par : \_\_\_\_\_ 2023-10-13

Yovan Fillion, directeur principal pour : Luc Boileau

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Approuvé par : \_\_\_\_\_

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Approuvé par : \_\_\_\_\_

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

(Ceci apparaîtra quand les participants cliqueront sur le lien vers l'enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 à compléter avant la vaccination (enquête témoin) (lien prospectif)

## **Enquête témoin sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 - 1 mois**

### **Consentement éclairé**

#### **Quel est le but de cette étude?**

Le but de cette étude est de déterminer à quelle fréquence des événements de santé surviennent après la vaccination contre la COVID19. Pour ce faire, nous avons besoin d'évaluer les événements de santé parmi les personnes qui ne sont pas vaccinés contre la COVID19. Vous pouvez participer en tant que contrôleur si vous n'avez pas été vacciné contre la COVID19.

#### **Ce que vous devrez faire :**

Vous complétez un formulaire en ligne. Compléter cette enquête vous prendra moins de 5 minutes. Les questions de l'enquête portent sur votre état de santé au cours du dernier mois. Cette enquête mesurera la fréquence des maladies présentes dans votre famille/communauté (taux de base). Nous avons besoin de mesurer le taux de base (habituel) des maladies parce qu'il nous permet de mieux mesurer toute augmentation de maladie qui pourrait survenir juste après la vaccination contre la COVID19. Votre réponse est importante; même si vous n'avez présenté aucun symptôme dans les 7 derniers jours, nous aimerions que vous complétiez cette enquête.

Si vous déclarez un problème de santé qui vous a amené à consulter un professionnel de santé nous pourrions vous appeler afin d'avoir de plus amples informations sur les signes et symptômes du problème de santé.

Nous pouvons appeler un échantillon de participants n'ayant pas répondu à l'enquête. Si vous ne répondez pas et que vous n'avez pas refusé de participer, nous pouvons vous appeler pour savoir pourquoi vous n'avez pas répondu à l'enquête en ligne. Cet appel est important pour nous assurer d'une collecte complète d'informations incluant l'absence de symptômes pour la validité des résultats.

Nous vous enverrons une autre enquête en ligne 6 mois après votre vaccination contre la COVID19. Le lien pour l'enquête vous sera envoyé par courriel dans lequel il sera identifié par votre nom.

#### **Confidentialité :**

L'équipe de recherche gardera confidentielle toutes vos réponses ainsi que l'information obtenue sur vous. Pour ce faire, un numéro de code sera assigné à vos informations. Votre adresse de courriel, votre numéro de téléphone et votre nom seront conservés sur le serveur sécurisé de REDCap au « BC Children's Hospital Research Institute », hébergé à Vancouver. Si vous avez un événement qui doit être rapporté à la santé publique, nous devons rapporter cette information. Pour ce faire, nous devons recueillir votre nom, votre adresse, votre numéro d'assurance maladie et votre date de naissance. Si

vous n'avez pas d'évènement qui doit être rapporté, uniquement le personnel de l'équipe locale aura accès à votre adresse courriel et votre numéro de téléphone. Toutes les données seront effacées de la base de donnée de RedCap à la fin de l'étude.

Nous vous demandons votre adresse courriel, car nous aurons besoin de ces informations pour vous envoyer les sondages en ligne. Bien que vous ne soyez peut-être pas au courant de ce fait, les courriels envoyés à certains services de messagerie Web (par exemple, Gmail, Hotmail, etc.) peuvent être stockés/acheminés à l'extérieur du Canada (par exemple, aux États-Unis). Étant donné que les futurs courriels contiendront des informations personnelles vous concernant, y compris votre nom, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée exige que nous obtenions votre consentement avant de continuer. Nous n'enverrons vos informations personnelles qu'à l'adresse courriel que vous nous avez fournie. Toutes les informations que vous nous fournissez resteront totalement confidentielles. Fournir votre adresse courriel signifie que vous acceptez volontairement et donnez votre consentement pour que l'équipe de recherche vous envoie vos informations personnelles par courriel.

#### **Décision de se retirer à tout moment.**

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Si vous ne voulez pas continuer, vous pouvez quitter ce site internet à tout moment.

#### **Comment seront utilisés les résultats.**

Les réponses des sondages (sans les coordonnées) seront téléchargées pour les analyses par l'équipe de recherche et par la santé publique provinciale. Votre nom ne sera mentionné dans aucun rapport ou publication. Les résultats de cette étude seront utilisés pour la surveillance de santé publique et dans un but éducatif. À la fin de cette étude, un résumé des résultats sera présenté dans des conférences scientifiques et pourraient être publiés dans des revues professionnelles.

#### **Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou des préoccupations?**

Investigateur principal: Dr. Gaston DeSerres, Épidémiologiste  
Centre de recherche du CHU de Québec-université laval

Équipe de recherche: [enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca](mailto:enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca)

#### **Qui je peux contacter pour des questions ou des préoccupations concernant mes droits?**

#### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec, le médecin de l'étude, Gaston De Serres ou la coordonnatrice du projet 24/7 au 418-576-8108.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec-Université Laval en composant le numéro suivant : 418-525-5312 ou à l'adresse électronique suivante : [plaintes@chudequebec.ca](mailto:plaintes@chudequebec.ca).

**CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE : En cliquant sur le bouton « accepte » ci-dessous, vous signifiez que :**

- **vous avez lu les informations ci-dessus**
  - **vous acceptez volontairement de participer**
  - **prendre note que soumettre un questionnaire complété est considéré comme un consentement implicite**
- 
- ACCEPTÉ**
  - REFUSE**
  
  - Pas éligible, j'ai reçu le vaccin contre la COVID19**

(Ceci apparaîtra quand les participants cliqueront sur le lien vers l'enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 à compléter avant la vaccination (enquête témoin) (lien prospectif)

## **Enquête témoin sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 - 6 mois**

### **Consentement éclairé**

#### **Quel est le but de cette étude?**

Le but de cette étude est de déterminer à quelle fréquence des événements de santé surviennent après la vaccination contre la COVID19. Pour ce faire, nous avons besoin d'évaluer les événements de santé parmi les personnes qui ne sont pas vaccinés contre la COVID19. Vous pouvez participer en tant que contrôle si vous n'avez pas été vacciné contre la COVID19.

#### **Ce que vous devrez faire :**

Vous complétez un formulaire en ligne. Compléter cette enquête vous prendra moins de 5 minutes. Les questions de l'enquête portent sur votre état de santé au cours du dernier mois. Cette enquête mesurera la fréquence des maladies présentes dans votre famille/communauté (taux de base). Nous avons besoin de mesurer le taux de base (habituel) des maladies parce qu'il nous permet de mieux mesurer toute augmentation de maladie qui pourrait survenir juste après la vaccination contre la COVID19. Votre réponse est importante; même si vous n'avez présenté aucun symptôme dans les derniers 6 mois, nous aimerions que vous complétiez cette enquête.

Si vous déclarez un problème de santé qui vous a amené à consulter un professionnel de santé nous pourrions vous appeler afin d'avoir de plus amples informations sur les signes et symptômes du problème de santé.

Nous pouvons appeler un échantillon de participants n'ayant pas répondu à l'enquête. Si vous ne répondez pas et que vous n'avez pas refusé de participer, nous pouvons vous appeler pour savoir pourquoi vous n'avez pas répondu à l'enquête en ligne. Cet appel est important pour nous assurer d'une collecte complète d'informations incluant l'absence de symptômes pour la validité des résultats.

Nous vous enverrons une autre enquête en ligne 6 mois après votre vaccination contre la COVID19. Le lien pour l'enquête vous sera envoyé par courriel dans lequel il sera identifié par votre nom.

#### **Confidentialité:**

L'équipe de recherche gardera confidentielle toutes vos réponses ainsi que l'information obtenue sur vous. Pour ce faire, un numéro de code sera assigné à vos informations. Votre adresse de courriel, votre numéro de téléphone et votre nom seront conservés sur le serveur sécurisé de REDCap au « BC Children's Hospital Research Institute », hébergé à Vancouver. Si vous avez un événement qui doit être rapporté à la santé publique, nous devons rapporter cette information. Pour ce faire, nous devons recueillir votre nom, votre adresse, votre numéro d'assurance maladie et votre date de naissance. Si

vous n'avez pas d'évènement qui doit être rapporté, uniquement le personnel de l'équipe locale aura accès à votre adresse courriel et votre numéro de téléphone. Toutes les données seront effacées de la base de donnée de RedCap à la fin de l'étude.

Nous vous demandons votre adresse courriel, car nous aurons besoin de ces informations pour vous envoyer les sondages en ligne. Bien que vous ne soyez peut-être pas au courant de ce fait, les courriels envoyés à certains services de messagerie Web (par exemple, Gmail, Hotmail, etc.) peuvent être stockés/acheminés à l'extérieur du Canada (par exemple, aux États-Unis). Étant donné que les futurs courriels contiendront des informations personnelles vous concernant, y compris votre nom, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée exige que nous obtenions votre consentement avant de continuer. Nous n'enverrons vos informations personnelles qu'à l'adresse courriel que vous nous avez fournie. Toutes les informations que vous nous fournissez resteront totalement confidentielles. Fournir votre adresse courriel signifie que vous acceptez volontairement et donnez votre consentement pour que l'équipe de recherche vous envoie vos informations personnelles par courriel.

#### **Décision de se retirer à tout moment.**

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Si vous ne voulez pas continuer, vous pouvez quitter ce site internet à tout moment.

#### **Comment seront utilisés les résultats.**

Les réponses des sondages (sans les coordonnées) seront téléchargées pour les analyses par l'équipe de recherche et par la santé publique provinciale. Votre nom ne sera mentionné dans aucun rapport ou publication. Les résultats de cette étude seront utilisés pour la surveillance de santé publique et dans un but éducatif. À la fin de cette étude, un résumé des résultats sera présenté dans des conférences scientifiques et pourraient être publiés dans des revues professionnelles.

#### **Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou des préoccupations?**

Investigateur principal: Dr. Gaston DeSerres, Épidémiologiste  
Centre de recherche du CHU de Québec-université laval

Équipe de recherche: [enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca](mailto:enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca)

#### **Qui je peux contacter pour des questions ou des préoccupations concernant mes droits? IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec, le médecin de l'étude, Gaston De Serres ou la coordonnatrice du projet 24/7 au 418-576-8108.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec-Université Laval en composant le numéro suivant : 418-525-5312 ou à l'adresse électronique suivante : [plaintes@chudequebec.ca](mailto:plaintes@chudequebec.ca)

**CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE : En cliquant sur le bouton « accepte » ci-dessous, vous signifiez que :**

- **vous avez lu les informations ci-dessus**
  - **vous acceptez volontairement de participer**
  - **prendre note que soumettre un questionnaire complété est considéré comme un consentement implicite**
- 
- ACCEPTÉ**
  - REFUSE**
  
  - Pas éligible, j'ai reçu le vaccin contre la COVID19**

(Ceci apparaîtra quand les participants cliqueront sur le lien vers l'enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 à compléter avant la vaccination (enquête témoin) pour les contrôles prospectifs)

## **Enquête (témoin) sur la sécurité du vaccin contre COVID (Jour 8)**

### **Consentement éclairé**

#### **Quel est le but de cette étude?**

Le but de cette étude est de déterminer à quelle fréquence les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) surviennent après la vaccination contre la COVID19. Pour ce faire, nous devons également surveiller les événements de santé chez les personnes qui n'ont PAS reçu le vaccin contre la COVID19. Vous pouvez participer en tant que témoin si vous N'AVEZ PAS reçu le vaccin contre la COVID19.

#### **Ce que vous devrez faire :**

Vous complétez un formulaire en ligne. Compléter cette enquête vous prendra moins de 5 minutes. Les questions de l'enquête portent sur votre état de santé au cours des 7 derniers jours. Cette enquête mesurera la fréquence des maladies présentes dans votre famille/communauté. Nous avons besoin de mesurer le taux de base (habituel) des maladies parce qu'il nous permet de mieux mesurer toute augmentation de maladie qui pourrait survenir juste après la vaccination contre COVID19. Votre réponse est importante; même si vous n'avez présenté aucun symptôme dans les 7 derniers jours nous aimerions que vous complétiez cette enquête.

Si vous déclarez un problème de santé qui vous a amené à consulter un professionnel de santé nous pourrions vous appeler afin d'avoir de plus amples informations sur les signes et symptômes du problème de santé.

Nous pouvons appeler un échantillon de participants n'ayant pas répondu à l'enquête. Si vous ne répondez pas et que vous n'avez pas refusé de participer, nous pouvons vous appeler pour savoir pourquoi vous n'avez pas répondu à l'enquête en ligne. Cet appel est important pour nous assurer d'une collecte complète d'informations incluant l'absence de symptômes pour la validité des résultats.

Nous vous enverrons une autre enquête en ligne 1 mois et 6 mois après aujourd'hui. Le lien pour l'enquête vous sera envoyé par courriel dans lequel il sera identifié par votre nom.

### **Confidentialité**

L'équipe de recherche gardera confidentielle toutes vos réponses ainsi que l'information obtenue sur vous. Pour ce faire, un numéro de code sera assigné à vos informations. Votre adresse de courriel, numéro de téléphone et nom seront conservés sur le serveur sécurisé de

REDCap, hébergé à Vancouver au « BC Children's Hospital Research Institute ». Si vous avez un évènement qui doit être rapporté à la santé publique, nous devons rapporter cette information. Pour ce faire, nous devons recueillir votre nom, votre adresse, votre numéro d'assurance maladie et votre date de naissance. Si vous n'avez pas d'évènement qui doit être rapporté, uniquement le personnel de l'équipe locale aura accès à votre adresse courriel et votre numéro de téléphone. Toutes les données seront effacées de la base de données RedCap après la fin de cette étude.

Nous vous demandons votre adresse courriel, car nous aurons besoin de ces informations pour vous envoyer les sondages en ligne. Bien que vous ne soyez peut-être pas au courant de ce fait, les courriels envoyés à certains services de messagerie Web (par exemple, Gmail, Hotmail, etc.) peuvent être stockés/acheminés à l'extérieur du Canada (par exemple, aux États-Unis). Étant donné que les futurs courriels contiendront des informations personnelles vous concernant, y compris votre nom, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée exige que nous obtenions votre consentement avant de continuer. Nous n'enverrons vos informations personnelles qu'à l'adresse courriel que vous nous avez fournie. Toutes les informations que vous nous fournissez resteront totalement confidentielles. Fournir votre adresse courriel signifie que vous acceptez volontairement et donnez votre consentement pour que l'équipe de recherche vous envoie vos informations personnelles par courriel.

#### **Décision de se retirer à tout moment.**

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Si vous ne voulez pas continuer, vous pouvez quitter ce site internet à tout moment.

#### **Comment seront utilisés les résultats.**

Les réponses des sondages (sans les coordonnées) seront téléchargées pour les analyses par l'équipe de recherche et par la santé publique provinciale. Votre nom ou celui de votre(vos) enfant(s) ne sera mentionné dans aucun rapport ou publication. Les résultats de cette étude seront utilisés pour la surveillance de santé publique et dans un but éducatif. À la fin de cette étude, un résumé des résultats sera présenté dans des conférences scientifiques et pourraient être publiés dans des revues professionnelles.

#### **Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou des préoccupations?**

Investigateur principal: Dr. Gaston DeSerres, Épidémiologiste  
Centre de recherche du CHU de Québec-université laval

Équipe de recherche: [enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca](mailto:enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca)

**Qui je peux contacter pour des questions ou des préoccupations concernant mes droits?**

### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec, le médecin de l'étude, Gaston De Serres ou la coordonnatrice du projet 24/7 au 418-576-8108.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec-Université Laval en composant le numéro suivant : 418-525-5312 ou à l'adresse électronique suivante : [plaintes@chudequebec.ca](mailto:plaintes@chudequebec.ca)

**CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE : En cliquant sur le bouton « accepte » ci-dessous, vous signifiez que :**

- **vous avez lu les informations ci-dessus**
  - **vous acceptez volontairement de participer**
  - **prendre note que soumettre un questionnaire complété est considéré comme un consentement implicite**
- 
- ACCEPTÉ**
  - REFUSE**
  - Pas éligible, j'ai déjà reçu le vaccin contre la COVID19**

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 SEMAINE**

1. Veuillez indiquer votre sexe à la naissance

- Masculin
- Féminin
- Intersexe
- Préfère être décrit comme :
- Préfère ne pas répondre

2. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre genre:

- Homme
- Femme
- Non-binaire, queer, non-genré ou identité similaire
- Bi-spirituel
- Préfère être décrit comme :
- Préfère ne pas répondre

3. Quel âge avez-vous ?

- 15-19 ans
- 20-29ans
- 30-39ans
- 40-49ans
- 50-64ans
- 65-79ans
- 80 ans et plus

4. [Si femmes adultes âgées de 15 à 49 ans] Êtes-vous enceinte ?

- Oui
- Non

4.1 [Si Oui à 4] Si oui, à quel trimestre êtes-vous ?

- Premier (0-14 semaines)
- Deuxième (15-28 semaines)
- Troisième (29-42 semaines)

4.2 [Si Non à 4] Avez-vous accouché au cours des 7 derniers jours ?

- Oui
- Non

4.3 [Si Non à 4 et Non à 4.2] Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait une fausse couche ou donné naissance à un enfant mort-né ?

- Oui
- Non

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 SEMAINE**

4.4 [Si oui à 4.2 ou 4.3] Si oui, à quel trimestre étiez-vous?

- Premier (0-14 semaines)
- Deuxième (15-28 semaines)
- Troisième (29-42 semaines)

5. Durant la **dernière semaine (7 jours)**, avez-vous développé un nouveau problème de santé (quel qu'il soit) ou est-ce qu'un problème de santé déjà existant s'est aggravé?

- Oui
- Non

[Si Non à 5, aller à a]

5.1 [Si Oui à 5]: Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour nuire/empêcher la pratique des activités normales?

- Oui
- Non

5.2 [Si Oui à 5]: Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour s'absenter du travail/de l'école.

- Oui
- Non

5.3 [Si Oui à 5]: Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour consulter un professionnel de la santé?

- Oui
- Non

5.3.1 [Si Oui à 5.3] Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème de santé?

- Oui
- Non

[Si Non à 5.1. et 5.2. et 5.3., aller à a)]

[Si Oui à 5.1. et 5.2. et 5.3., aller à 6.]

6. Avez-vous été testé positif pour la COVID19?

- Oui
- Non

6.1 [Si oui à 6] Quelle était la date de votre test positif? <dd/mm/yyyy>

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 SEMAINE**

7. *[Si Oui à 5.1. ou 5.2. ou 5.3.]:* Depuis combien de temps votre problème de santé est-il apparu (si nouveau problème) ou s'est-il aggravé (si problème déjà existant)?
- Au cours de la dernière heure (60 minutes)
  - Au cours de la dernière journée (il y a 2 à 24 heures)
  - Il y a 2-3 jours
  - Il y a 4-5 jours
  - Il y a 6 -7 jours
  - Il y a 8 jours ou plus

*[Si 7 est "8 jours ou plus", aller à **b**]*

- 7.1 *[Si Oui à 5]:* Combien de temps votre problème de santé a-t-il duré?

- Cela a duré moins d'une heure (60 minutes)
- Cela a duré de 1 à 10 heures
- Cela a duré 1 journée (11 à 24 heures)
- Cela a duré de 2 à 3 jours
- Cela a duré de 4 à 5 jours
- Cela a duré 6 jours ou plus
- Il est encore présent

- 7.2 *[Si Oui à 5.]:* Veuillez cocher tous les symptômes que vous avez eus **au cours des 7 derniers jours**. Nous ne sommes intéressés que par les symptômes ayant commencé ou s'étant aggravés au cours de la dernière semaine (cochez tout ce qui s'applique) :

- Un des suivants : Se sentir malade, fatigué, faible, ressentir des douleurs musculaires, des douleurs articulaires ou des frissons
- Un des suivants : Nausée, vomissements, diarrhée ou douleur abdominale
- Fièvre (température au moins 38.0°C ou au moins 100°F)
- Mal de tête ou migraine
- Arthrite/douleur articulaire/raideur
- Incapacité à marcher
- Perte de gout/d'odorat
- Perte de vision
- Enrouement (voix rauque ou étouffée; « chat dans la gorge »)
- Mal de gorge
- Inconfort/ serrement de la poitrine/douleur/angine
- Difficulté à respirer/essoufflement sans enflure de la gorge ni de la langue
- Respiration sifflante
- Toux
- Écoulement nasal
- Congestion nasal (nez bouché)/congestion sinusale
- Enflure de la gorge et/ou de la langue avec difficulté de respirer ou d'avaler
- Enflure d'une partie du visage ou des lèvres (excluant les paupières)
- Enflure d'une ou des paupière(s)
- Rougeur dans les deux yeux
- Yeux douloureux
- Yeux qui piquent

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 SEMAINE**

- Yeux qui coulent ou larmolement
- Mal d'oreille/douleur à l'oreille/symptômes liés à l'oreille/diminution de l'audition/perte d'audition
- Éruption cutanée ou urticaire
- Ecchymose ou éruption cutanée rouge foncé (PAS au site d'injection)
- Zona
- Battement cardiaque rapide (cœur battant très fort ou très vite ; palpitations)
- Symptômes d'un problème d'épaississement du sang (coagulation): enflure/douleur aux jambes/caillot sanguin/faible taux de plaquettes
- Engourdissement, fourmillement, sensation de picotement, diminution de sensibilité ou sensation de brûlure n'importe où sur le corps
- Étourdissements/vertiges/avoir la tête qui tourne
- Évanouissement
- Crise ou convulsion
- Symptômes neurologiques: faiblesse ou paralysie des bras ou des jambes/confusion/changement de personnalité/comportement ou difficulté à uriner ou d'aller à la selle
- Difficulté ou douleur à uriner (symptômes d'infection urinaire)
- Jaunisse/jaunissement des yeux
- Anaphylaxie
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

[si 4 = "Oui" ou 4.1 = "Oui "]

- Travail prématuré (contractions régulières ayant commencé avant la 37e semaine de grossesse (>3 semaines avant la date prévue))
  - Hypertension artérielle
    - [si oui], , éclampsie/prééclampsie
  - Saignement vaginal
  - Rythme cardiaque foetal anormal (trop rapide ou trop faible)
- Autre complication de la grossesse, spécifiez : \_\_\_\_\_

[Si Oui à 5]:

- 8 Si vous avez eu **plus d'un** symptôme qui a commencé au cours **des 7 derniers jours**, lequel était le plus grave?
- [sous-ensemble de symptômes choisis ci-dessus : le participant en choisira un]

8.1 [Si oui à 5.3.1]: Précédemment, vous avez répondu que vous aviez consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé. Quel type de consultation médicale avez-vous eu ? (veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- Virtuelle/télé médecine/téléphone
- Clinique médicale/médecin de famille
- Salle d'urgence
- Hospitalisation
- Clinique de dépistage pour la COVID19
- Autre: \_\_\_\_\_

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 SEMAINE**

8.2 [Si oui à 5.3.1]: Est-ce que le professionnel de la santé vous a donné un diagnostic?

- Oui
- Non

8.2.1 [Si Oui]: Spécifiez le diagnostic : \_\_\_\_\_

8.3 [Si oui à 5.3.1]: Avez-vous reçu un traitement?

- Oui
- Non

8.3.1 [Si Oui]: Quel était le traitement : \_\_\_\_\_

8.4 [Si 8.1="Hospitalisation"]: Quelle était votre date d'admission à l'hôpital: <dd/mm/yyyy>

8.5 [Si 8.1="Hospitalisation"]: Quelle était votre date de sortie de l'hôpital : <dd/mm/yyyy>

8.6 [Si 8.1="Hospitalisation"]: Avez-vous été admis aux soins intensifs?

- Oui
- Non

8.6.1 [Si Oui]: Pendant combien de jours? \_\_\_\_\_

a). Nous récoltons des informations additionnelles uniquement sur les événements de santé ayant nécessité une visite chez un professionnel de la santé ou une absence au travail/école.

b) Cette enquête ne recueille que des informations supplémentaires sur les symptômes qui sont apparus dans les 7 jours suivant l'administration du vaccin COVID. La prochaine enquête portera sur les événements de santé dont l'apparition est plus tardive.

Puisque vous avez répondu que votre problème de santé a nécessité la consultation d'un professionnel de la santé, il est possible qu'un membre de l'équipe de recherche vous contacte pour recueillir davantage d'information.

9. Pouvons-nous vous contacter au sujet de futures études ?

- Oui, je vous donne la permission de me contacter pour de futures études.
- Non, je ne vous donne pas la permission de me contacter pour de futures études.

Merci de nous aider à effectuer la surveillance sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 au Canada. Nous vous enverrons une autre enquête dans 1 mois.

Entre-temps, si vous souhaitez suivre les mises à jour de l'étude, veuillez consulter le site Internet suivant:

[http://cirnetwork.ca/network/\[website to be determined\]/](http://cirnetwork.ca/network/[website to be determined]/)

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 MOIS**

1. *[Si femmes adultes âgées de 15 à 49 ans]* Êtes-vous enceinte ?
    - Oui
    - Non
  - 1.1. *[Si oui à 1]* Si oui, à quel trimestre êtes-vous ?
    - Premier (0-14 semaines)
    - Deuxième (15-28 semaines)
    - Troisième (29-42 semaines)
  - 1.2. *[Si non à 1]* Avez-vous eu un accouchement depuis votre dernière enquête de contrôle COVID19 ?
    - Oui
    - Non
  - 1.3. Avez-vous fait une fausse couche ou donné naissance à un enfant mort-né depuis votre dernière enquête de contrôle COVID19 ?
    - Oui
    - Non
  - 1.3.1. *[Si oui à 1.2 ou 1.3]* Si oui, à quel trimestre étiez-vous ?
    - Premier (0-14 semaines)
    - Deuxième (15-28 semaines)
    - Troisième (29-42 semaines)
  2. Dans le dernier mois, avez-vous développé un nouveau problème de santé (quel qu'il soit) ou est-ce qu'un problème de santé déjà existant s'est aggravé ?
    - Oui
    - Non
- [Si Non à 2, aller à 3]*
- 2.1. *[Si oui à 2]:* Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour nuire/empêcher la pratique des activités normales ?
    - Oui
    - Non
  - 2.2. *[Si oui à 2]:* Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour s'absenter du travail/de l'école ?
    - Oui
    - Non
  - 2.3. *[Si oui à 2]:* Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour consulter un professionnel de la santé ?
    - Oui
    - Non

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 MOIS**

2.3.1. [Si oui à 2.3] Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème de santé?

- Oui
- Non

3. Avez-vous été testé positif pour la COVID19?

- Oui
- Non

[Si oui à 3] Quelle était la date de votre test positif? <dd/mm/yyyy>

3.1. [Si oui à 2.1 ou 2.2 ou 2.3]: Veuillez cocher tous les symptômes que vous avez eus **au cours du dernier mois**. Nous ne sommes intéressés que par les symptômes ayant commencé ou s'étant aggravés au cours du dernier mois (cochez tout ce qui s'applique) :

- Un des suivants : Se sentir malade, fatigué, faible, ressentir des douleurs musculaires, des douleurs articulaires ou des frissons
- Un des suivants : Nausée, vomissements, diarrhée ou douleur abdominale
- Fièvre (température au moins 38.0°C ou au moins 100°F)
- Mal de tête ou migraine
- Arthrite/douleur articulaire/raideur
- Incapacité à marcher
- Perte de gout/d'odorat
- Perte de vision
- Enrouement (voix rauque ou étouffée; « chat dans la gorge »)
- Mal de gorge
- Inconfort/ serrement de la poitrine/douleur/angine
- Difficulté à respirer/essoufflement sans enflure de la gorge ni de la langue
- Respiration sifflante
- Toux
- Écoulement nasal
- Congestion nasal (nez bouché)/congestion sinusale
- Enflure de la gorge et/ou de la langue avec difficulté de respirer ou d'avaler
- Enflure d'une partie du visage ou des lèvres (excluant les paupières)
- Enflure d'une ou des paupière(s)
- Rougeur dans les deux yeux
- Yeux douloureux
- Yeux qui piquent
- Yeux qui coulent ou larmoient
- Mal d'oreille/douleur à l'oreille/symptômes liés à l'oreille/diminution de l'audition/perde d'audition
- Éruption cutanée ou urticaire
- Ecchymose ou éruption cutanée rouge foncé (PAS au site d'injection)
- Zona
- Battement cardiaque rapide (cœur battant très fort ou très vite ; palpitations)
- Symptômes d'un problème d'épaississement du sang (coagulation): enflure/douleur aux jambes/caillot sanguin/faible taux de plaquettes

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 MOIS**

- Engourdissement, fourmillement, sensation de picotement, diminution de sensibilité ou sensation de brûlure n'importe où sur le corps
- Étourdissements/vertiges/avoir la tête qui tourne
- Évanouissement
- Crise ou convulsion
- Symptômes neurologiques: faiblesse ou paralysie des bras ou des jambes/confusion/changement de personnalité/comportement ou difficulté à uriner ou d'aller à la selle
- Difficulté ou douleur à uriner (symptômes d'infection urinaire)
- Jaunisse/jaunissement des yeux
- Anaphylaxie
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_
- 

[si 3 = "Oui" ou 3.1 = "Oui " ]

- Travail prématuré (contractions régulières ayant commencé avant la 37e semaine de grossesse (>3 semaines avant la date prévue))
  - Hypertension artérielle
    - [si oui], , éclampsie/prééclampsie
  - Saignement vaginal
  - Rythme cardiaque foetal anormal (trop rapide ou trop faible)
- Autre complication de la grossesse, spécifiez : \_\_\_\_\_

[Si Oui à 2]:

4. Si vous avez eu **plus d'un** symptôme, lequel était le plus grave?

*[sous-ensemble de symptômes choisis ci-dessus : le participant en choisira un]*

- 4.1. [Si Oui à 2]: Depuis quand votre symptôme le plus grave a débuté?

- Il y a 2 semaines
- Il y a 3 semaines
- Il y a 4 semaines

4.2. [Si Oui à 2]:

- 4.3. Combien de temps votre symptôme le plus grave a-t-il duré?

- Cela a duré moins d'une heure (60 minutes)
- Cela a duré de 1 à 10 heures
- Cela a duré 1 journée (11 à 24 heures)
- Cela a duré de 2 à 3 jours
- Cela a duré de 4 à 5 jours
- Cela a duré 6 jours ou plus
- Il est encore présent

- 4.4. [Si Oui à 2.3.1]: Précédemment, vous avez répondu que vous aviez consulté un professionnel de la santé pour votre problème de santé. Quel type de consultation médicale vous avez eu (veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- Virtuelle/télémedecine/téléphone

## **SONDAGE TÉMOIN – 1 MOIS**

- Clinique médicale/médecin de famille
- Salle d'urgence
- Hospitalisation
- Clinique de dépistage pour la COVID19
- Autre: \_\_\_\_\_

4.5. *[Si Oui à 2.3.1]:* Est-ce que le professionnel de la santé vous a donné un diagnostic?

- Oui
- Non

4.5.1. *[Si oui]:* Spécifiez le diagnostic : \_\_\_\_\_

4.6. *[Si Oui à 2.3.1]:* Avez-vous reçu un traitement?

- Oui
- Non

4.6.1. *[Si Oui]:* Quel était le traitement : \_\_\_\_\_

4.7. *[Si 4.4 ="Hospitalisation"]:* Quelle était votre date d'admission à l'hôpital:  
<dd/mm/yyyy>

4.8. *[Si 4.4 ="Hospitalisation"]:* Quelle était votre date de sortie de l'hôpital :  
<dd/mm/yyyy>

4.9. *[Si 4.4 ="Hospitalisation"]:* Avez-vous été admis aux soins intensifs?

- Oui
- Non

4.9.1. *[Si Oui]:* Pendant combien de jours? \_\_\_\_\_

Puisque vous avez répondu que votre problème de santé a nécessité la consultation d'un professionnel de la santé, il est possible qu'un membre de l'équipe de recherche vous contacte pour recueillir davantage d'information.

Merci de nous aider à effectuer la surveillance sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 au Canada. Nous vous enverrons une autre enquête dans 6 mois [this sentence will be deleted from the retrospective survey].

Entre-temps, si vous souhaitez suivre les mises à jour de l'étude, veuillez consulter le site Internet suivant:

[http://cirnetwork.ca/network/\[website to be determined\]/](http://cirnetwork.ca/network/[website to be determined]/)

Ceci apparaîtra quand les participants cliqueront sur le lien vers l'enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19)

## **Enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 – Dose 1**

### **Consentement éclairé**

#### **Quel est le but de cette étude?**

Le but de cette étude est de déterminer à quelle fréquence les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) surviennent après chaque dose du vaccin contre la COVID19. Notre objectif est que plus de 50 000 individus participent à cette enquête pour chaque vaccin.

#### **Ce que vous devrez faire:**

Vous complèterez un formulaire en ligne. Compléter cette enquête vous prendra moins de 5 minutes. Les questions de l'enquête portent sur toutes manifestations cliniques inhabituelles que vous pourriez avoir présenté après avoir reçu le vaccin contre la COVID19. Votre réponse est importante; même si vous n'avez présenté aucune manifestation clinique inhabituelle après avoir reçu le vaccin contre la COVID19, nous aimerions que vous complétiez cette enquête.

Si vous déclarez un problème de santé qui vous a amené à consulter un professionnel de la santé, nous pourrions vous appeler afin d'avoir de plus amples informations sur les signes et symptômes que vous avez présentés. Certains problèmes de santé doivent obligatoirement être déclarés aux autorités de santé publique afin qu'ils exercent un suivi. Nous vous aviserons si nous devons faire une telle déclaration.

Nous pouvons appeler un échantillon de participants n'ayant pas répondu à l'enquête. Si vous ne répondez pas et que vous n'avez pas refusé de participer, nous pouvons vous appeler pour savoir pourquoi vous n'avez pas répondu à l'enquête en ligne. Cet appel est important pour nous assurer d'une collecte complète d'informations incluant l'absence de symptômes pour la validité des résultats.

Nous vous enverrons une autre enquête en ligne juste avant et après votre deuxième dose du vaccin contre la COVID19 ainsi que 6 mois après votre vaccination contre la COVID19. Le lien pour l'enquête vous sera envoyé par courriel dans lequel il sera identifié par votre prénom.

Si nous identifions une augmentation de certaines manifestations cliniques inhabituelles au cours de la campagne de vaccination contre la COVID19, il est possible que nous vous envoyions un lien vers une enquête supplémentaire afin de rassembler des informations sur ce problème de santé.

#### **Confidentialité :**

L'équipe de recherche gardera confidentielle toutes vos réponses ainsi que l'information obtenue sur vous. Pour ce faire, un numéro de code sera assigné à vos informations. Votre adresse courriel, votre numéro de téléphone et votre prénom seront conservés sur le serveur sécurisé de REDCap, hébergé à Vancouver au « BC Children's Hospital Research Institute ». Si vous avez un événement qui doit être rapporté à la santé publique,

nous devons rapporter cette information. Pour ce faire, nous devons recueillir votre nom, votre adresse, votre numéro d'assurance maladie et votre date de naissance. Si vous n'avez pas d'évènement qui doit être rapporté, uniquement le personnel de l'équipe de recherche locale aura accès à votre adresse courriel, numéro de téléphone et prénom. Toutes les données seront effacées de la base de données RedCap après la fin de cette étude.

Nous vous demandons votre adresse courriel, car nous aurons besoin de ces informations pour vous envoyer les sondages en ligne. Bien que vous ne soyez peut-être pas au courant de ce fait, les courriels envoyés à certains services de messagerie Web (par exemple, Gmail, Hotmail, etc.) peuvent être stockés/acheminés à l'extérieur du Canada (par exemple, aux États-Unis). Étant donné que les futurs courriels contiendront des informations personnelles vous concernant, y compris votre nom, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée exige que nous obtenions votre consentement avant de continuer. Nous n'enverrons vos informations personnelles qu'à l'adresse courriel que vous nous avez fournie. Toutes les informations que vous nous fournissez resteront totalement confidentielles. Fournir votre adresse courriel signifie que vous acceptez volontairement et donnez votre consentement pour que l'équipe de recherche vous envoie vos informations personnelles par courriel.

#### **Décision de se retirer à tout moment.**

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Si vous ne voulez pas continuer, vous pouvez quitter ce site internet à tout moment.

#### **Comment seront utilisés les résultats.**

Les réponses des sondages (sans les coordonnées) seront téléchargées pour les analyses par l'équipe de recherche et par la santé publique provinciale. Votre nom ne sera mentionné dans aucun rapport ou publication. Les résultats de cette étude seront utilisés pour la surveillance de santé publique et dans un but éducatif. Des rapports sommaires des résultats seront présentés aux autorités de santé publique et à d'autres professionnels de la santé ainsi que sur le site web de l'étude. À la fin de cette étude, un résumé des résultats sera présenté dans des conférences scientifiques et pourraient être publiés dans des revues professionnelles.

#### **Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou des préoccupations?**

Investigateur principal:        Dr. Gaston DeSerres, Épidémiologiste  
   Centre de recherche du CHU de Québec-université laval

Équipe de recherche:            [enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca](mailto:enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca)

## **Qui je peux contacter pour des questions ou des préoccupations concernant mes droits?**

### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec, le médecin de l'étude, Gaston De Serres ou la coordonnatrice du projet 24/7 au 418-576-8108.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec-Université Laval en composant le numéro suivant : 418-525-5312 ou à l'adresse électronique suivante : [plaintes@chudequebec.ca](mailto:plaintes@chudequebec.ca)

**CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE : En cliquant sur le bouton « accepte » ci-dessous, vous signifiez que :**

- **vous avez lu les informations ci-dessus**
- **vous acceptez volontairement de participer**

- ACCEPTÉ**
- REFUSÉ**

Ceci apparaîtra quand les participants cliqueront sur le lien vers l'enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19)

## **Enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 – Dose 2**

### **Consentement éclairé**

#### **Quel est le but de cette étude?**

Le but de cette étude est de déterminer à quelle fréquence les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) surviennent après chaque dose du vaccin contre la COVID19. Notre objectif est que plus de 50 000 individus participent à cette enquête pour chaque vaccin.

#### **Ce que vous devrez faire:**

Vous complétez un formulaire en ligne. Compléter cette enquête vous prendra moins de 5 minutes. Les questions de l'enquête portent sur toutes manifestations cliniques inhabituelles que vous pourriez avoir présenté après avoir reçu le vaccin contre la COVID19. Votre réponse est importante; même si vous n'avez présenté aucune manifestation clinique inhabituelle après avoir reçu le vaccin contre la COVID19, nous aimerions que vous complétiez cette enquête.

Si vous déclarez un problème de santé qui vous a amené à consulter un professionnel de la santé, nous pourrions vous appeler afin d'avoir de plus amples informations sur les signes et symptômes que vous avez présentés. Certains problèmes de santé doivent obligatoirement être déclarés aux autorités de santé publique afin qu'ils exercent un suivi. Nous vous aviserons si nous devons faire une telle déclaration.

Nous pouvons appeler un échantillon de participants n'ayant pas répondu à l'enquête. Si vous ne répondez pas et que vous n'avez pas refusé de participer, nous pouvons vous appeler pour savoir pourquoi vous n'avez pas répondu à l'enquête en ligne. Cet appel est important pour nous assurer d'une collecte complète d'informations incluant l'absence de symptômes pour la validité des résultats.

Nous vous enverrons une autre enquête en ligne 6 mois après votre vaccination contre la COVID19. Le lien pour l'enquête vous sera envoyé par courriel dans lequel il sera identifié par votre prénom.

Si nous identifions une augmentation de certaines manifestations cliniques inhabituelles au cours de la campagne de vaccination contre la COVID19, il est possible que nous vous envoyions un lien vers une enquête supplémentaire afin de rassembler des informations sur ce problème de santé.

#### **Confidentialité:**

L'équipe de recherche gardera confidentielle toutes vos réponses ainsi que l'information obtenue sur vous. Pour ce faire, un numéro de code sera assigné à vos informations. Votre adresse courriel, votre numéro de téléphone et votre prénom seront conservés sur le serveur sécurisé de REDCap, hébergé à Vancouver au « BC Children's Hospital Research Institute ». Si vous avez un événement qui doit être rapporté à la santé publique, nous devons rapporter cette information. Pour ce faire, nous devons recueillir votre nom, votre adresse,

vosre numéro d'assurance maladie et votre date de naissance. Si vous n'avez pas d'évènement qui doit être rapporté, uniquement le personnel de l'équipe locale aura accès à votre adresse courriel, numéro de téléphone et prénom. Toutes les données seront effacées de la base de données RedCap après la fin de cette étude.

Nous vous demandons votre adresse courriel, car nous aurons besoin de ces informations pour vous envoyer les sondages en ligne. Bien que vous ne soyez peut-être pas au courant de ce fait, les courriels envoyés à certains services de messagerie Web (par exemple, Gmail, Hotmail, etc.) peuvent être stockés/acheminés à l'extérieur du Canada (par exemple, aux États-Unis). Étant donné que les futurs courriels contiendront des informations personnelles vous concernant, y compris votre nom, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée exige que nous obtenions votre consentement avant de continuer. Nous n'enverrons vos informations personnelles qu'à l'adresse courriel que vous nous avez fournie. Toutes les informations que vous nous fournissez resteront totalement confidentielles. Fournir votre adresse courriel signifie que vous acceptez volontairement et donnez votre consentement pour que l'équipe de recherche vous envoie vos informations personnelles par courriel.

#### **Décision de se retirer à tout moment.**

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Si vous ne voulez pas continuer, vous pouvez quitter ce site internet à tout moment.

#### **Comment seront utilisés les résultats.**

Les réponses des sondages (sans les coordonnées) seront téléchargées pour les analyses par l'équipe de recherche et par la santé publique provinciale. Votre nom ne sera mentionné dans aucun rapport ou publication. Les résultats de cette étude seront utilisés pour la surveillance de santé publique et dans un but éducatif. Des rapports sommaires des résultats seront présentés aux autorités de santé publique et à d'autres professionnels de la santé ainsi que sur le site web de l'étude. À la fin de cette étude, un résumé des résultats sera présenté dans des conférences scientifiques et pourraient être publiés dans des revues professionnelles.

#### **Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou des préoccupations?**

Investigateur principal: Dr. Gaston DeSerres, Épidémiologiste  
Centre de recherche du CHU de Québec-université laval

Équipe de recherche: [enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca](mailto:enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca)

## **Qui je peux contacter pour des questions ou des préoccupations concernant mes droits?**

### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec, le médecin de l'étude, Gaston De Serres ou la coordonnatrice du projet 24/7 au 418-576-8108.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec-Université Laval en composant le numéro suivant : 418-525-5312 ou à l'adresse électronique suivante : [plaintes@chudequebec.ca](mailto:plaintes@chudequebec.ca)

**CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE : En cliquant sur le bouton « accepte » ci-dessous, vous signifiez que :**

- **vous avez lu les informations ci-dessus**
- **vous acceptez volontairement de participer**
  
- **ACCEPTÉ**
- **REFUSE**

Ceci apparaîtra quand les participants cliqueront sur le lien vers l'enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19)

## **Enquête sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 – 6 mois**

### **Consentement éclairé**

#### **Quel est le but de cette étude?**

Le but de cette étude est de déterminer à quelle fréquence les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) surviennent après chaque dose du vaccin contre la COVID19. Notre objectif est que plus de 50 000 individus participent à cette enquête pour chaque vaccin.

#### **Ce que vous devrez faire:**

Vous complétez un formulaire en ligne. Compléter cette enquête vous prendra moins de 5 minutes. Les questions de l'enquête portent sur toutes manifestations cliniques inhabituelles que vous pourriez avoir présenté après avoir reçu le vaccin contre la COVID19. Votre réponse est importante; même si vous n'avez présenté aucune manifestation clinique inhabituelle après avoir reçu le vaccin contre la COVID19, nous aimerions que vous complétiez cette enquête.

Si vous déclarez un problème de santé qui vous a amené à consulter un professionnel de la santé, nous pourrions vous appeler afin d'avoir de plus amples informations sur les signes et symptômes que vous avez présentés. Certains problèmes de santé doivent obligatoirement être déclarés aux autorités de santé publique afin qu'ils exercent un suivi. Nous vous aviserons si nous devons faire une telle déclaration.

Nous pouvons appeler un échantillon de participants n'ayant pas répondu à l'enquête. Si vous ne répondez pas et que vous n'avez pas refusé de participer, nous pouvons vous appeler pour savoir pourquoi vous n'avez pas répondu à l'enquête en ligne. Cet appel est important pour nous assurer d'une collecte complète d'informations incluant l'absence de symptômes pour la validité des résultats.

Si nous identifions une augmentation de certaines manifestations cliniques inhabituelles au cours de la campagne de vaccination contre la COVID19, il est possible que nous vous envoyions un lien vers une enquête supplémentaire afin de rassembler des informations sur ce problème de santé.

#### **Confidentialité:**

L'équipe de recherche gardera confidentielle toutes vos réponses ainsi que l'information obtenue sur vous. Pour ce faire, un numéro de code sera assigné à vos informations. Votre adresse courriel, votre numéro de téléphone et votre prénom seront conservés sur le serveur sécurisé de REDCap, hébergé à Vancouver au « BC Children's Hospital Research Institute ». Si vous avez un événement qui doit être rapporté à la santé publique, nous devons rapporter cette information. Pour ce faire, nous devons recueillir votre nom, votre adresse, votre numéro d'assurance maladie et votre date de naissance. Si vous n'avez pas d'événement qui doit être rapporté, uniquement le personnel de l'équipe de recherche locale aura accès à votre adresse courriel, numéro

de téléphone et prénom. Toutes les données seront effacées de la base de données RedCap après la fin de cette étude.

Nous vous demandons votre adresse courriel, car nous aurons besoin de ces informations pour vous envoyer les sondages en ligne. Bien que vous ne soyez peut-être pas au courant de ce fait, les courriels envoyés à certains services de messagerie Web (par exemple, Gmail, Hotmail, etc.) peuvent être stockés/acheminés à l'extérieur du Canada (par exemple, aux États-Unis). Étant donné que les futurs courriels contiendront des informations personnelles vous concernant, y compris votre nom, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée exige que nous obtenions votre consentement avant de continuer. Nous n'enversons vos informations personnelles qu'à l'adresse courriel que vous nous avez fournie. Toutes les informations que vous nous fournissez resteront totalement confidentielles. Fournir votre adresse courriel signifie que vous acceptez volontairement et donnez votre consentement pour que l'équipe de recherche vous envoie vos informations personnelles par courriel.

### **Décision de se retirer à tout moment.**

La décision de participer à cette étude vous revient entièrement. Si vous ne voulez pas continuer, vous pouvez quitter ce site internet à tout moment.

### **Comment seront utilisés les résultats.**

Les réponses des sondages (sans les coordonnées) seront téléchargées pour les analyses par l'équipe de recherche et par la santé publique provinciale. Votre nom ne sera mentionné dans aucun rapport ou publication. Les résultats de cette étude seront utilisés pour la surveillance de santé publique et dans un but éducatif. Des rapports sommaires des résultats seront présentés aux autorités de santé publique et à d'autres professionnels de la santé ainsi que sur le site web de l'étude. À la fin de cette étude, un résumé des résultats sera présenté dans des conférences scientifiques et pourraient être publiés dans des revues professionnelles.

### **Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou des préoccupations?**

Investigateur principal: Dr. Gaston DeSerres, Épidémiologiste  
Centre de recherche du CHU de Québec-université laval

Équipe de recherche: [enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca](mailto:enquete-vaccinCOVID@canvas-covid.ca)

### **Qui je peux contacter pour des questions ou des préoccupations concernant mes droits?**

### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec, le médecin de l'étude, Gaston De Serres ou la coordonnatrice du projet 24/7 au 418-576-8108.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec-Université Laval en composant le numéro suivant : 418-525-5312 ou à l'adresse électronique suivante : [plaintes@chudequebec.ca](mailto:plaintes@chudequebec.ca)

**CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE : En cliquant sur le bouton « accepte » ci-dessous, vous signifiez que :**

- **vous avez lu les informations ci-dessus**
- **vous acceptez volontairement de participer**

- ACCEPTÉ**
- REFUSÉ**

## **SONDAGE - DOSE 1**

**1. Avez-vous reçu le vaccin contre la COVID-19?**

- Oui
- Non

[Si Non à 1, aller à **b**]

**1.1.** [Si Oui à 1], Quelle était la date ? <dd/mm/yyyy>

**1.2.** [Si Oui à 1] Quel vaccin contre la COVID19 avez-vous reçu?

- Pfizer-BioNTech COVID-19
- Moderna
- Astra-Zeneca
- [ ... ]
- Je ne sais pas

**1.3.** [Si Oui à 1] Numéro de lot: \_\_\_\_\_  Je ne sais pas

**2. Veuillez indiquer votre sexe à la naissance:**

- Masculin
- Féminin
- Intersexe
- Préfère être décrit comme :
- Préfère ne pas répondre

**3. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre genre:**

- Homme
- Femme
- Non-binaire, queer, non-genré ou identité similaire
- Bi-spirituel
- Préfère être décrit comme :
- Préfère ne pas répondre

**4. Quel âge avez-vous ?**

- 15-19 ans
- 20-29ans
- 30-39ans
- 40-49ans
- 50-64ans
- 65-79ans
- 80 ans et plus

**5. [Si femmes adultes âgées de 15 à 49 ans] Êtes-vous enceinte ?**

- Oui
- Non

## **SONDAGE - DOSE 1**

**5.1.** *[Si Oui à 5]* Si oui, à quel trimestre êtes-vous?

- Premier (0-14 semaines)
- Deuxième (15-28 semaines)
- Troisième (29-42 semaines)

**5.2.** *[Si Non à 5]* Avez-vous accouché au cours des 7 derniers jours ?

- Oui
- Non

**5.3.** *[Si Non à 5 et Non à 5.2]* Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait une fausse couche ou donné naissance à un enfant mort-né ?

- Oui
- Non

**5.3.1.** *[Si Oui to 5.2 or 5.3]* Si oui, à quel trimestre étiez-vous?

- Premier (0-14 semaines)
- Deuxième (15-28 semaines)
- Troisième (29-42 semaines)

**6.** Avez-vous présenté l'un des symptômes suivants après votre vaccination contre la COVID19:

- Rougeur, douleur ou enflure au point de l'injection
- Rougeur, douleur ou enflure au-dessus de l'épaule ou au-dessous du coude du bras vacciné

**7.** Durant la **première semaine** (7 jours) suivant votre vaccination contre la COVID19, avez-vous développé un nouveau problème de santé ou est-ce qu'un problème de santé déjà existant s'est aggravé?

- Oui
- Non

*[Si Non à 7, aller to a)]*

**7.1.** *[Si Oui à 7]:* Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour nuire/empêcher la pratique des activités normales ?

- Oui
- Non

**7.2.** *[Si Oui à 7]:* Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour vous absenter du travail/école ?

- Oui
- Non

## **SONDAGE - DOSE 1**

**7.3.** *[Si Oui à 7]:* Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour consulter un professionnel de la santé ?

- Oui
- Non

**7.3.1.** *[Si Oui à 7.3]* Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème de santé ?

- Oui
- Non

*[Si Non 7.1 et 7.2 et 7.3 aller à a)]*

**7.4.** *[Si Oui à 7.1, 7.2 ou 7.3]:*

Veillez cocher tous les symptômes que vous avez présentés en lien avec votre problème de santé. Nous ne sommes intéressés qu'à ceux ayant commencé **dans les 7 jours** suivant votre vaccin contre la COVID19. Cela ne veut pas dire que ceux-ci sont des symptômes courants de la COVID19 ou du vaccin contre la COVID19 (veuillez cocher tout ce qui s'applique) :

- Un des suivants : Se sentir malade, fatigué, faible, ressentir des douleurs musculaires, des douleurs articulaires ou des frissons
- Un des suivants : Nausée, vomissements, diarrhée ou douleur abdominale
- Fièvre (température au moins 38.0°C ou au moins 100°F)
- Mal de tête ou migraine
- Arthrite/douleur articulaire/raideur
- Incapacité à marcher
- Perte de gout/d'odorat
- Perte de vision
- Enrouement (voix rauque ou étouffée; « chat dans la gorge »)
- Mal de gorge
- Inconfort/ serrement de la poitrine/douleur/angine
- Difficulté à respirer/essoufflement sans enflure de la gorge ni de la langue
- Respiration sifflante
- Toux
- Écoulement nasal
- Congestion nasal (nez bouché)/congestion sinusale
- Enflure de la gorge et/ou de la langue avec difficulté de respirer ou d'avaler
- Enflure d'une partie du visage ou des lèvres (excluant les paupières)
- Enflure d'une ou des paupière(s)
- Rougeur dans les deux yeux
- Yeux douloureux
- Yeux qui piquent
- Yeux qui coulent ou larmoient
- Mal d'oreille/douleur à l'oreille/symptômes liés à l'oreille/diminution de l'audition/perte d'audition
- Éruption cutanée ou urticaire
- Ecchymose ou éruption cutanée rouge foncé (PAS au site d'injection)

## **SONDAGE - DOSE 1**

- Zona
- Battement cardiaque rapide (coeur battant très fort ou très vite ; palpitations)
- Symptômes d'un problème d'épaississement du sang (coagulation):  
enflement/douleur aux jambes/caillot sanguin/faible taux de plaquettes
- Engourdissement, fourmillement, sensation de picotement, diminution de sensibilité ou sensation de brûlure n'importe où sur le corps
- Étourdissements/vertiges/avoir la tête qui tourne
- Évanouissement
- Crise ou convulsion
- Symptômes neurologiques: faiblesse ou paralysie des bras ou des jambes/confusion/changement de personnalité/comportement ou difficulté à uriner ou d'aller à la selle
- Difficulté ou douleur à uriner (symptômes d'infection urinaire)
- Jaunisse/jaunissement des yeux
- Anaphylaxie
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_
- 

[si 5 = "Oui" ou 5.1 = "Oui " ]

- Travail prématuré (contractions régulières ayant commencé avant la 37e semaine de grossesse (>3 semaines avant la date prévue))
- Hypertension artérielle
  - [si oui], , éclampsie/prééclampsie
- Saignement vaginal
- Rythme cardiaque foetal anormal (trop rapide ou trop faible)
- Autre complication de la grossesse, spécifiez : \_\_\_\_\_

**7.5. [Si Oui à 7.1, 7.2 or 7.3]: Si avez eu plus d'un symptôme ayant commencé dans les 7 premiers jours suivant votre vaccin, lequel était le plus grave ?**

*[sous-ensemble de symptômes choisis ci-dessus : le participant en choisira un]*

**7.6. [Si Oui à 7.1, 7.2 or 7.3]: Combien de temps après la vaccination votre problème de santé a-t-il commencé ou votre problème de santé déjà existant s'est-il aggravé ?**

- Durant l'heure (60 minutes) qui a suivi mon vaccin contre la COVID19
- Durant la journée (2 à 24 heures) qui a suivi mon vaccin contre la COVID19
- 2-3 jours après mon vaccin contre la COVID19
- 4-5 jours après mon vaccin contre la COVID19
- 6-7 jours après mon vaccin contre la COVID19
- 8 jours ou plus après mon vaccin contre la COVID19

**7.7. [Si Oui à 7.1, 7.2 or 7.3]: Combien de temps votre problème de santé a-t-il duré?**

- Cela a duré moins d'une heure (60 minutes).
- Cela a duré de 1 à 10 heures.
- Cela a duré une journée (11 à 24 heures).
- Cela a duré 2-3 jours.
- Cela a duré 4-5 jours.

## **SONDAGE - DOSE 1**

- Cela a duré 6 jours ou plus.
- Cela est encore présent.

**7.8.** *[Si Oui à 7.3.1]:* Précédemment, vous avez répondu que vous aviez consulté un professionnel de la santé pour votre problème de santé. Quel type de consultation avez-vous eu (cochez tout ce qui s'applique)

- Virtuelle/télémedicine/téléphone
- Clinique médicale/médecin de famille
- Salle d'urgence
- Hospitalisation
- Test de dépistage pour la COVID19 [si coché et seulement 7.3 = Oui exclure du suivi de AE]
- Autre: \_\_\_\_\_

**7.9.** *[Si Oui à 7.3.1.]:* Est-ce que le professionnel de la santé vous a donné un diagnostic?

- Oui
- Non

**7.9.1.** *[Si Oui à 7.9]:* Spécifiez le diagnostic: \_\_\_\_\_

**7.10.** *[Si Oui à 7.3.1.]:* Est-ce que vous avez reçu un traitement?

- Oui
- Non

**7.10.1.** *[Si Oui à 7.10]:* Quel était le traitement:

- Antibiotiques
- Antihistaminiques (i.e Reactine, Claritin, Benadryl, etc)
- Tylnol (acétaminophène)/Advil (ibuprophène) /Asprine
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

**7.11.** *[Si 7.8="Hospitalisation"]:* Quelle était votre date d'admission à l'hôpital: <dd/mm/yyyy>

**7.12.** *[Si 7.8="Hospitalisation"]:* Quelle était votre date de sortie de l'hôpital: <dd/mm/yyyy>

**7.13.** *[Si 7.8="Hospitalisation"]:* Est-ce que vous avez été admis aux soins intensifs?

- Oui
- Non

**7.13.1.** *[Si Oui à 7.13]:* Pendant combien de jours? \_\_\_\_\_

**8.** Avez-vous été testé positif pour la COVID19?

- Oui
- Non

**8.1.** *[Si Oui à 8]* Quelle était la date de votre test positif? <dd/mm/yyyy>

**8.2.** *[Si Oui à 8]* Quelle était la sévérité?

- Asymptomatique (aucun symptôme)

## **SONDAGE - DOSE 1**

- Léger: a empêché des activités de la vie quotidienne
- Modérée: a empêché toutes les activités de la vie quotidienne (alité)
- Sévère: hospitalisé

Puisque vous avez répondu que votre problème de santé a nécessité la consultation d'un professionnel de la santé, il est possible qu'un membre de l'équipe de recherche vous contacte pour recueillir davantage d'information.

**a)** *[Si Non à 7.1 et 7.2 et 7.3] Nous récoltons des informations additionnelles uniquement sur les évènements de santé ayant nécessité une visite chez un professionnel de la santé ou une absence au travail/école.*

**9.** Connaissez-vous la date de votre deuxième dose à recevoir pour la COVID19?

- Oui : <dd/mm/yyyy>
- Non

**b)** *[Si non à 1] Pour cette enquête, nous récoltons des informations sur les évènements de santé parmi les personnes ayant reçu une dose du vaccin contre la COVID19.*

**10.** Pouvons-nous vous contacter au sujet de futures études?

- Oui, je vous donne la permission de me contacter pour de futures études.
- Non, je ne vous donne pas la permission de me contacter pour de futures études.

Merci de nous aider à effectuer la surveillance sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 au Canada.

*[Si Oui à 9] Nous vous enverrons une autre enquête 1 semaine après que vous ayez reçu votre prochaine dose du vaccin contre la COVID19.*

*[Si Non à 9] Nous vous enverrons une autre enquête dans 21 jours afin de connaître la date de votre prochaine vaccination contre la COVID19.*

Entre-temps, si vous souhaitez suivre les mises à jour de l'étude, veuillez consulter le site Internet suivant:

[http://cirnetwork.ca/network/\[website to be determined\]](http://cirnetwork.ca/network/[website to be determined])

## **SONDAGE - Dose 2**

1. Avez-vous reçu votre deuxième dose du vaccin?

- Oui
- Non

1.1. [Si Oui à 1] Quelle était la date de votre deuxième dose du vaccin contre la COVID19:  
<dd/mm/yyyy>

1.2. [Si Oui à 1] Quel vaccin contre la COVID19 avez-vous reçu?

- Pfizer-BioNTech COVID-19
- Moderna
- Astra-Zeneca
- [ ... ]
- Je ne sais pas

1.3. [Si Oui à 1] Numéro de lot: \_\_\_\_\_  Je ne sais pas

2. [Si femmes adultes âgées de 15 à 49 ans ] Êtes-vous enceinte?

- Oui
- Non

2.1. [Si Oui à 2] Si oui, à quel trimestre êtes-vous?

- Premier (0-14 semaines)
- Deuxième (15-28 semaines)
- Troisième (29-42 semaines)

2.2. [Si Non to 2] Avez-vous accouché depuis votre dernier sondage sur la sécurité du vaccin contre la COVID19?

- Oui
- Non

2.3. [Si Non à 2 et Non à 2.2] Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait une fausse couche ou donné naissance à un enfant mort-né ?

- Oui
- Non

2.3.1. [Si Oui à 2.2 à 2.3] Si oui, à quel trimestre étiez-vous?

- Premier (0-14 semaines)
- Deuxième (15-28 semaines)
- Troisième (29-42 semaines)

3. [Si Oui à 1] Entre votre première et deuxième dose du vaccin contre la COVID19, avez-vous développé un nouveau problème de santé ou est-ce qu'un problème de santé déjà existant s'est aggravé que vous n'aviez pas rapporté depuis le dernier sondage?

(Les symptômes après la deuxième dose vous seront demandés un peu plus loin dans le sondage).

- Oui
- Non

## **SONDAGE - Dose 2**

*[Si Non à 3, aller à 4]*

**3.1. [Si Oui à 3]:** Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour nuire/empêcher la pratique des activités normales ?

- Oui
- Non

**3.2. [Si Oui à 3]:** Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour vous absenter du travail/école ?

- Oui
- Non

**3.3. [Si Oui à 3]:** Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour consulter un professionnel de la santé ?

- Oui
- Non

**3.3.1. [Si Oui à 3.3]** Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème de santé ?

- Oui
- Non

**3.4. [Si Oui à 3.1, 3.2 ou 3.3]:**

Veillez cocher tous les symptômes que vous avez présentés en lien avec votre problème de santé entre la première et la deuxième dose du vaccin contre la COVID19. Nous ne sommes intéressés qu'à ceux ayant commencé **après** votre première dose du vaccin contre la COVID19 et qui n'avait pas été rapporté dans votre dernier sondage.

Les symptômes après votre deuxième dose vous seront demandés plus tard dans le sondage. Cela ne veut pas dire que ce sont des symptômes courants de la COVID19 ou du vaccin contre la COVID19 (veuillez cocher tout ce qui s'applique) :

- Un des suivants : Se sentir malade, fatigué, faible, ressentir des douleurs musculaires, des douleurs articulaires ou des frissons
- Un des suivants : Nausée, vomissements, diarrhée ou douleur abdominale
- Fièvre (température au moins 38.0°C ou au moins 100°F)
- Mal de tête ou migraine
- Arthrite/douleur articulaire/raideur
- Incapacité à marcher
- Perte de gout/d'odorat
- Perte de vision
- Enrouement (voix rauque ou étouffée; « chat dans la gorge »)
- Mal de gorge
- Inconfort/ serrement de la poitrine/douleur/angine
- Difficulté à respirer/essoufflement sans enflure de la gorge ni de la langue
- Respiration sifflante

## SONDAGE - Dose 2

- Toux
- Écoulement nasal
- Congestion nasal (nez bouché)/congestion sinusale
- Enflure de la gorge et/ou de la langue avec difficulté de respirer ou d'avaler
- Enflure d'une partie du visage ou des lèvres (excluant les paupières)
- Enflure d'une ou des paupière(s)
- Rougeur dans les deux yeux
- Yeux douloureux
- Yeux qui piquent
- Yeux qui coulent ou larmoient
- Mal d'oreille/douleur à l'oreille/symptômes liés à l'oreille/diminution de l'audition/perte d'audition
- Éruption cutanée ou urticaire
- Ecchymose ou éruption cutanée rouge foncé (PAS au site d'injection)
- Zona
- Battement cardiaque rapide (cœur battant très fort ou très vite ; palpitations)
- Symptômes d'un problème d'épaississement du sang (coagulation): enflure/douleur aux jambes/caillot sanguin/faible taux de plaquettes
- Engourdissement, fourmillement, sensation de picotement, diminution de sensibilité ou sensation de brûlure n'importe où sur le corps
- Étourdissements/vertiges/avoir la tête qui tourne
- Évanouissement
- Crise ou convulsion
- Symptômes neurologiques: faiblesse ou paralysie des bras ou des jambes/confusion/changement de personnalité/comportement ou difficulté à uriner ou d'aller à la selle
- Difficulté ou douleur à uriner (symptômes d'infection urinaire)
- Jaunisse/jaunissement des yeux
- Anaphylaxie
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

[si 3 = "Oui" ou 3.1 = "Oui " ]

- Travail prématuré (contractions régulières ayant commencé avant la 37e semaine de grossesse (>3 semaines avant la date prévue))
- Hypertension artérielle
  - [si oui], , éclampsie/prééclampsie
- Saignement vaginal
- Rythme cardiaque foetal anormal (trop rapide ou trop faible)
- Autre complication de la grossesse, spécifiez : \_\_\_\_\_

**3.5.** [Si Oui à 3.1, 3.2 ou 3.3]: Si avez eu **plus d'un** symptôme, lequel était le plus grave ?

- [sous-ensemble de symptômes choisis ci-dessus : le participant en choisira un]

**3.6.** [Si Oui à 3.1, 3.2, ou 3.3]: Combien de temps après votre première dose du vaccin vos symptômes les plus sévères ont commencés?

- 1 semaine après ma première dose du vaccin contre la COVID19
- 2 semaine après ma première dose du vaccin contre la COVID19
- 3 semaine après ma première dose du vaccin contre la COVID19

## **SONDAGE - Dose 2**

- 4 semaine après ma première dose du vaccin contre la COVID19

**3.7.** [Si Oui à 3.1, 3.2 ou 3.3]: Combien de temps votre symptôme le plus sévère a-t-il duré?

- Cela a duré moins d'une heure (60 minutes).
- Cela a duré de 1 à 10 heures.
- Cela a duré une journée (11 à 24 heures).
- Cela a duré 2-3 jours.
- Cela a duré 4-5 jours.
- Cela a duré 6 jours ou plus.
- Cela est encore présent.

**3.8.** [Si Oui à 3.3.1]: Précédemment, vous avez répondu que vous aviez consulté un professionnel de la santé pour votre problème de santé. Quel type de consultation avez-vous eu (cochez tout ce qui s'applique)

- Virtuelle/télémédecine/téléphone
- Clinique médicale/médecin de famille
- Salle d'urgence
- Hospitalisation
- Test de dépistage pour la COVID19 [si coché et seulement 3.3 = Oui exclure du suivi de AE]
- Autre: \_\_\_\_\_

**3.9.** [Si Oui to 3.3.1]: Est-ce que le professionnel de la santé vous a donné un diagnostic?

- Oui
- Non

**3.9.1.** [Si Oui à 3.9]: Spécifiez le diagnostic: \_\_\_\_\_

**3.10.** [Si Oui à 3.3.1]: Est-ce que vous avez reçu un traitement?

- Oui
- Non

**3.10.1.** [Si Oui à 3.10]: Quel était le traitement: \_\_\_\_\_

**3.11.** [Si 3.8="Hospitalisation"]: Quelle était votre date d'admission à l'hôpital:  
<dd/mm/yyyy>

**3.12.** [Si 3.8="Hospitalisation "]: Quelle était votre date de sortie de l'hôpital: <dd/mm/yyyy>

**3.13.** [Si 3.8="Hospitalisation "]: Est-ce que vous avez été admis aux soins intensifs?

- Oui
- Non

**3.13.1.** [Si Oui à 3.13]: Pendant combien de jours ? \_\_\_\_\_

**4.** [Si Oui à 1] Après votre deuxième dose du vaccin contre la COVID19 avez-vous présenté l'un des symptômes suivants:

- Rougeur, douleur ou enflure au point de l'injection

## **SONDAGE - Dose 2**

- Rougeur, douleur ou enflure au-dessus de l'épaule ou au-dessous du coude du bras vacciné
5. [Si Oui à 1] Durant la première semaine (7 jours) après votre deuxième dose du vaccin contre la COVID19, avez-vous développé un nouveau problème de santé ou est-ce qu'un problème de santé déjà existant s'est aggravé ?
- Oui
  - Non

[Si Non à 5, aller à **a**]

5.1. [Si Oui à 5]: Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour nuire/empêcher la pratique des activités normales ?

- Oui
- Non

5.2. [Si Oui à 5]: Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour vous absenter du travail/école ?

- Oui
- Non

5.3. [Si Oui à 5]: Est-ce que ce problème de santé était suffisamment grave pour consulter un professionnel de la santé ?

- Oui
- Non

5.3.1. [Si Oui à 5.3] Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème de santé ?

- Oui
- Non

5.4. [Si Oui à 5.1 ou 5.2 ou 5.3]:

Veuillez cocher tous les symptômes que vous avez présentés en lien avec votre problème de santé. Nous ne sommes intéressés qu'à ceux ayant commencé **dans les 7 jours** suivant votre SECONDE DOSE du vaccin contre la COVID19. Cela ne veut pas dire que ce sont des symptômes courants de la COVID19 ou du vaccin contre la COVID19 (veuillez cocher tout ce qui s'applique) :

- Un des suivants : Se sentir malade, fatigué, faible, ressentir des douleurs musculaires, des douleurs articulaires ou des frissons
- Un des suivants : Nausée, vomissements, diarrhée ou douleur abdominale
- Fièvre (température au moins 38.0°C ou au moins 100°F)
- Mal de tête ou migraine
- Arthrite/douleur articulaire/raideur
- Incapacité à marcher
- Perte de gout/d'odorat
- Perte de vision
- Enrouement (voix rauque ou étouffée; « chat dans la gorge »)

## **SONDAGE - Dose 2**

- Mal de gorge
- Inconfort/ serrement de la poitrine/douleur/angine
- Difficulté à respirer/essoufflement sans enflure de la gorge ni de la langue
- Respiration sifflante
- Toux
- Écoulement nasal
- Congestion nasal (nez bouché)/congestion sinusale
- Enflure de la gorge et/ou de la langue avec difficulté de respirer ou d'avaler
- Enflure d'une partie du visage ou des lèvres (excluant les paupières)
- Enflure d'une ou des paupière(s)
- Rougeur dans les deux yeux
- Yeux douloureux
- Yeux qui piquent
- Yeux qui coulent ou larmoient
- Mal d'oreille/douleur à l'oreille/symptômes liés à l'oreille/diminution de l'audition/perte d'audition
- Éruption cutanée ou urticaire
- Ecchymose ou éruption cutanée rouge foncé (PAS au site d'injection)
- Zona
- Battement cardiaque rapide (cœur battant très fort ou très vite ; palpitations)
- Symptômes d'un problème d'épaississement du sang (coagulation): enflure/douleur aux jambes/caillot sanguin/faible taux de plaquettes
- Engourdissement, fourmillement, sensation de picotement, diminution de sensibilité ou sensation de brûlure n'importe où sur le corps
- Étourdissements/vertiges/avoir la tête qui tourne
- Évanouissement
- Crise ou convulsion
- Symptômes neurologiques: faiblesse ou paralysie des bras ou des jambes/confusion/changement de personnalité/comportement ou difficulté à uriner ou d'aller à la selle
- Difficulté ou douleur à uriner (symptômes d'infection urinaire)
- Jaunisse/jaunissement des yeux
- Anaphylaxie
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

[si 2 = "Oui" ou 2.1 = "Oui " ]

- Travail prématuré (contractions régulières ayant commencé avant la 37e semaine de grossesse (>3 semaines avant la date prévue))
- Hypertension artérielle
  - [si oui], , éclampsie/prééclampsie
- Saignement vaginal
- Rythme cardiaque foetal anormal (trop rapide ou trop faible)
- Autre complication de la grossesse, spécifiez : \_\_\_\_\_

**5.5. [Si Oui à 5.1 ou 5.2 ou 5.3]: Si avez eu plus d'un symptôme ayant commencé dans les 7 premiers jours suivant votre deuxième dose du vaccin, lequel était le plus grave ?**

- [sous-ensemble de symptômes choisis ci-dessus : le participant en choisira un]

## **SONDAGE - Dose 2**

**5.6.** *[Si Oui à 5.1 ou 5.2 ou 5.3]:* Combien de temps après votre deuxième dose du vaccin contre la COVID19 votre problème de santé a-t-il commencé ou votre problème de santé déjà existant s'est-il aggravé ?

- Durant l'heure (60 minutes) qui a suivi ma deuxième dose du vaccin contre la COVID19
- Durant la journée (2 à 24 heures) qui a suivi ma deuxième dose du vaccin contre la COVID19
- 2-3 jours après ma deuxième dose du vaccin contre la COVID19
- 4-5 jours après ma deuxième dose du vaccin contre la COVID19
- 6-7 jours après ma deuxième dose du vaccin contre la COVID19
- 8 jours ou plus après ma deuxième dose du vaccin contre la COVID19

**5.7.** *[Si Oui à 5.1 ou 5.2 ou 5.3]:* Combien de temps votre problème de santé a-t-il duré ?

- Cela a duré moins d'une heure (60 minutes).
- Cela a duré de 1 à 10 heures.
- Cela a duré une journée (11 à 24 heures).
- Cela a duré 2-3 jours.
- Cela a duré 4-5 jours.
- Cela a duré 6 jours ou plus.
- Cela est encore présent.

**5.8.** *[If Oui to 5.3.1]:* Précédemment, vous avez répondu que vous aviez consulté un professionnel de la santé pour votre problème de santé. Quel type de consultation avez-vous eu (cochez tout ce qui s'applique)

- Virtuelle/télémedicine/téléphone
- Clinique médicale/médecin de famille
- Salle d'urgence
- Hospitalisation
- Test de dépistage pour la COVID19 [si coché et seulement 5.3 = Oui exclure du suivi de AE]
- Autre: \_\_\_\_\_

**5.9.** *[Si Oui à 5.3.1]:* Est-ce que le professionnel de la santé vous a donné un diagnostic?

- Oui
- Non

**5.9.1.** *[Si Oui à 5.9]:* Spécifiez le diagnostic: \_\_\_\_\_

**5.10.** *[Si Oui à 5.3.1]:* Est-ce que vous avez reçu un traitement?

- Oui
- Non

**5.10.1.** *[Si Oui à 5.10]:* Quel était le traitement:

- Antibiotiques
- Antihistaminiques (i.e Réactine, Claritin, Bénédril, etc)
- Tylenol (acétaminophène)/Advil (ibuprophène) /Aspirine

## **SONDAGE - Dose 2**

- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

**5.11.** [Si 5.8="Hospitalisation"]: Quelle était votre date d'admission à l'hôpital: <dd/mm/yyyy>

**5.12.** [Si 5.8="Hospitalisation"]: Quelle était votre date de sortie de l'hôpital: <dd/mm/yyyy>

**5.13.** [Si 5.8="Hospitalisation"]: Est-ce que vous avez été admis aux soins intensifs?

- Oui
- Non

**5.13.1.** [Si Oui à 5.13]: Pendant combien de jours? \_\_\_\_\_

**6.** Avez-vous été testé positif pour la COVID19 depuis le dernier sondage?

- Oui
- Non

**6.1.** [Si Oui à 6] Quelle en était la date de votre test positif? <dd/mm/yyyy >

**6.2.** [Si Oui à 6] Quelle en était la sévérité?

- Asymptomatique (aucun symptôme)
- Léger: a empêché des activités de la vie quotidienne
- Modérée: a empêché toutes les activités de la vie quotidienne (alité)
- Sévère: hospitalisé

Puisque vous avez répondu que votre problème de santé a nécessité la consultation d'un professionnel de la santé, il est possible qu'un membre de l'équipe de recherche vous contacte pour recueillir davantage d'information.

- a)** Nous récoltons des informations additionnelles uniquement sur les événements de santé ayant nécessité une visite chez un professionnel de la santé ou une absence au travail/école.

Merci de nous aider à effectuer la surveillance sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 au Canada. Nous vous enverrons une autre enquête dans 6 mois. Entre-temps, si vous souhaitez suivre les mises à jour de l'étude, veuillez consulter le site Internet suivant :

[http://cirnetwork.ca/network/\[website to be determined\]](http://cirnetwork.ca/network/[website to be determined])

## **SONDAGE – 6 MOIS POUR LES TÉMOINS ET LES VACCINÉS**

*[Pour les participants groupe témoins seulement]* Avez-vous reçu une dose du vaccin contre la COVID19 depuis votre dernier sondage témoin?

- Oui
- Non

*[Si Oui, aller à **b**]*

**1.** Depuis votre dernier sondage de sécurité/témoin pour la COVID19, êtes-vous allé à l'urgence pour un nouveau problème de santé ou un problème de santé déjà existant qui s'est aggravé?

- Oui
- Non

**1.1.** *[Si Oui à 1]* Combien de fois êtes-vous allé à l'urgence ? \_\_\_\_\_

**2.** Depuis votre dernier sondage de sécurité/témoin pour la COVID19, avez-vous été hospitalisé pour un nouveau problème de santé ou un problème de santé déjà existant qui s'est aggravé?

- Oui
- Non

**2.1.** *[Si Oui à 2]* Combien de fois avez-vous été hospitalisé? \_\_\_\_\_

*[Si Non à 1 et 2, aller à **a**]*

*[Si Oui à 1]* Veuillez fournir des informations sur vos deux plus importantes visites à l'urgence.

*[Si Oui à 2]* Veuillez fournir des informations sur vos deux plus importantes hospitalisations.

**3.** *[Si Oui à 1 OU 2]:* Est-ce que le professionnel de la santé vous a donné un diagnostic?

- Oui
- Non

**3.1.** *[Si Oui à 3]:* Spécifiez le diagnostic: \_\_\_\_\_

**4.** *[Si Oui à 1 ou 2]:* Est-ce que vous avez reçu un traitement?

- Oui
- Non

**4.1.** *[Si Oui à 4]:* Quel était le traitement:

- Antibiotiques
- Antihistaminiques (i.e Réactine, Claritin, Bénadryl, etc)
- Tylnol (acétaminophène)/Advil (ibuprophène) /Aspirine
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

**5.** *[Si Oui à 1]:* Quelle était votre date de visite à l'urgence: <dd/mm/yyyy>

**6.** *[Si Oui à 2]:* Quelle était votre date d'admission à l'hôpital: <dd/mm/yyyy>

**7.** *[Si Oui à 2]:* Quelle était votre date de sortie de l'hôpital: : <dd/mm/yyyy>

## **SONDAGE – 6 MOIS POUR LES TÉMOINS ET LES VACCINÉS**

8. *[Si Oui à 2]:* Est-ce que vous avez été admis aux soins intensifs?
- Oui
  - Non
- 8.1. *[Si Oui à 8]:* Pendant combien de jours? \_\_\_\_\_
9. *[Si femmes adultes âgées de 15 à 49 ans ]* Êtes-vous enceinte?
- Oui
  - Non
- 9.1. *[Si Oui à 9]* Si oui, à quel trimestre êtes-vous?
- Premier (0-14 semaines)
  - Deuxième (15-28 semaines)
  - Troisième (29-42 semaines)
- 9.2. *[Si Non à 9]* Avez-vous accouché depuis votre dernier sondage sécurité/témoin sur la sécurité du vaccin contre la COVID19?
- Oui
  - Non
- 9.3. *[Si Non à 9 et Non à 9.2]* Avez-vous fait une fausse couche ou donné naissance à un enfant mort-né depuis votre dernier sondage de sécurité/témoin sur la sécurité du vaccin contre la COVID19?
- Oui
  - Non
- 9.4. *[Si Oui à 9.2 ou 9.3]* Si oui, à quel trimestre étiez-vous?
- Premier (0-14 semaines)
  - Deuxième (15-28 semaines)
  - Troisième (29-42 semaines)
10. Avez-vous été testé positif pour la COVID19 depuis le dernier sondage?
- Oui
  - Non
- 10.1. *[Si Oui à 10]* Quelle était la date de votre test positif? <dd/mm/yyyy>
- 10.2. *[Si Oui à 10]* Quelle en était la sévérité?
- Asymptomatique (aucun symptôme)
  - Léger: a empêché des activités de la vie quotidienne
  - Modérée: a empêché toutes les activités de la vie quotidienne (alité)
  - Sévère: hospitalisé

Puisque vous avez répondu que vous aviez été hospitalisé, il est possible qu'un membre de l'équipe de recherche vous contacte pour recueillir davantage d'information.

## **SONDAGE – 6 MOIS POUR LES TÉMOINS ET LES VACCINÉS**

- a) Nous récoltons des informations additionnelles uniquement sur les événements de santé ayant nécessité une visite à l'urgence ou une hospitalisation.
  
- b) [*Controls only*] Pour ce sondage, nous récoltons de l'information sur les événements de santé parmi les personnes qui N'ONT PAS reçu le vaccin contre la COVID19. Vous ne pouvez pas participer comme un témoin si vous avez été vacciné contre la COVID19.

Merci de nous aider à effectuer la surveillance sur la sécurité du vaccin contre la COVID19 au Canada. Vous avez complété le dernier sondage, si vous voulez suivre les mises à jour de l'étude, veuillez consulter le site internet suivant : <http://cirnetwork.ca/network/>[website to be determined]