



## Annexe II : Enquête sur les éclosions de COVID-19 en milieu scolaire – Questionnaire complémentaire de cas

### Questionnaires Supplémentaires

#### Supplément à la section 4 : Exposition dans la cohorte/une salle de classe à l'école

SECTION 4 : EXPOSITION DANS LA COHORTE/UNE SALLE DE CLASSE À L'ÉCOLE			
<p><i>S'applique à tous les cas qui font partie d'une COHORTE. Toutes les questions renvoient aux 14 jours précédant le [MEILLEURE DATE D'OBSERVATION].</i></p> <p><i>Dans la mesure du possible, veuillez envisager de recueillir des données auprès de l'école au sujet des politiques de transport avant l'entrevue, afin d'aider le cas/le mandataire lors de l'entrevue.</i></p>			
1. Votre cohorte porte-t-elle un nom? (joindre une liste des membres) :			
2. Cochez la meilleure description de votre cohorte :		<input type="checkbox"/> Toujours les mêmes personnes dans la cohorte	
		<input type="checkbox"/> Parfois, les mêmes personnes dans la cohorte	
		<input type="checkbox"/> Jamais les mêmes personnes dans la cohorte (changent constamment)	
		<input type="checkbox"/> Ne sais pas/Je ne m'en souviens pas	
3. Pouvez-vous décrire votre cohorte de façon générale? (c.-à-d. le nombre de personnes, comprend-il un mélange d'enseignants/employés et d'étudiants, y a-t-il des cohortes de classe et ensuite des « cohortes d'études » ou des « sous-cohortes » également, etc.)?			
4. À votre connaissance, y a-t-il des élèves, des enseignants ou des membres du personnel de votre cohorte qui ont présenté des SYMPTÔMES de COVID-19?			
ÉLÈVE :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS
ENSEIGNANT :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS
PERSONNEL :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS
Si la réponse est oui, indiquez :			
Nom :	Rôle (p. ex., étudiant/enseignant/personnel)	Classes partagées	

<b>5. À votre connaissance, y a-t-il des étudiants ou des membres du personnel de votre cohorte qui ont REÇU UN DIAGNOSTIC DE COVID-19 ou dont le test EST POSITIF?</b>				
<b>ÉLÈVE :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS	
<b>ENSEIGNANT :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS	
<b>PERSONNEL :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS	
<b>Si la réponse est oui, indiquez :</b>				
<b>Nom :</b>	<b>Rôle (p. ex., étudiant/enseignant/personnel)</b>		<b>Classes partagées</b>	
<b>TOUJOURS      QUELQUEFOIS      JAMAIS      NE SAIS PAS</b>				
<b>6. La plupart du temps, portez-vous un masque lorsque vous utilisez des espaces partagés AU SEIN DE votre cohorte?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Lorsqu'ils interagissent avec les membres de votre cohorte, les autres élèves ou membres du personnel portent-ils généralement un masque?</b>				
<b>ÉLÈVES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ENSEIGNANTS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PERSONNEL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Au sein de votre cohorte, y avait-il des cours et/ou des activités pendant lesquels il était difficile de porter un masque de façon constante?</b>	<input type="checkbox"/> AUCUNE DIFFICULTÉ	<input type="checkbox"/> PARFOIS DIFFICILE	<input type="checkbox"/> TOUJOURS DIFFICILE	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS
<b>9. Dans quelles SITUATIONS avez-vous eu de la difficulté à porter un masque?</b>				
<b>EN CLASSE</b>	<b>LIEU</b>		<b>ACTIVITÉ</b>	

Nom de l'école :			Commission scolaire :	
Adresse :				

<b>10. Au sein de votre cohorte, y avait-il des cours et/ou des activités pendant lesquels il était difficile DE RESTER À DEUX MÈTRES LES UNS DES AUTRES?</b>		<input type="checkbox"/> AUCUNE DIFFICULTÉ	<input type="checkbox"/> PARFOIS DIFFICILE	<input type="checkbox"/> TOUJOURS DIFFICILE	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS
<b>11. Dans quelles SITUATIONS avez-vous eu de la difficulté à maintenir une distance physique?</b>					
<b>EN CLASSE</b>		<b>LIEU</b>		<b>ACTIVITÉ</b>	
<b>12. Veuillez fournir des détails et des commentaires supplémentaires sur les expositions en classe ou au sein de votre cohorte :</b>					

Nom de l'école :		Commission scolaire :	
Adresse :			