|  |
| --- |
| Public Health Agency of Canada**Questionnaire générateur d’hypothèses visant l’hépatite A**  **Numéro du dossier :**  **Numéro d’identification national :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte du questionnaire pour l’intervieweur** | |
| Ce questionnaire vise à recueillir des renseignements exhaustifs sur les facteurs de risque possibles de l’hépatite A dans le contexte d’une enquête sur un agrégat ou une éclosion de cas dont la source d’infection est inconnue, mais il pourrait également être utilisé pour enquêter sur des cas sporadiques.  Données saisies : - caractéristiques démographiques du cas - autres facteurs de risque  - données cliniques - expositions aux aliments  - données de laboratoire  Comme les éclosions d’hépatite A sont souvent liées à des produits alimentaires contaminés, veuillez recueillir autant de détails que possible sur chaque aliment, y compris les expositions aux restaurants. Envisagez d’utiliser un calendrier lorsque vous posez les questions. Le questionnaire devrait prendre environ 1 heure à remplir. | |
| **RÉSERVÉ À L’USAGE LOCAL – VEUILLEZ SUPPRIMER CETTE PAGE EN CAS D’ENVOI DU FORMULAIRE À L’ASPC** | |
| 1. **Renseignements sur le cas** | |
| Nom du cas : | Nom du mandataire : |
| Numéro d’assurance maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ville/village : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Téléphone au domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Téléphone au travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom du médecin : | Téléphone du médecin : |
| Profession : | Lieu(x) de travail : |
| 1. **Symptômes** | |
| Asymptomatique :  O  N  NSP Si oui, raison pour laquelle le cas a été testé :  Facteurs de risque, précisez :  Aucun facteur de risque  Autre | |
| Symptômes : Jaunisse  O  N  NSP Si oui, date d’apparition de la jaunisse : j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_  Douleur abdominale  O  N  NSP Fatigue  O  N  NSP Urine foncée  O  N  NSP  Vomissement  O  N  NSP Anorexie  O  N  NSP Fièvre  O  N  NSP  Selles pâles  O  N  NSP Enzymes hépatiques élevées  O  N  NSP  Autre   O  N  NSP Si autre, veuillez préciser : | |
| Condition, problèmes médicaux sous-jacents ou médicaments qui inhibent le système immunitaire (p. ex. grossesse, diabète, cancer, stéroïdes)  O  N  NSP  Si oui, veuillez préciser : | |
| 1. **Contacts avec des personnes malades** | |
| Avez-vous (ou le cas a-t-il) eu des contacts avec des personnes présentant des symptômes similaires dans les 7 jours précédant la maladie?  O  N  NSP Si vous avez répondu oui, pouvez-vous me dire qui?  \* Les contacts incluent les membres d’un ménage, les partenaires sexuels, les personnes ayant préparé la nourriture pour vous ou le cas, les enfants ou les adultes que vous ou le cas avez aidés à utiliser les toilettes ou à changer les couches, ou toute autre personne avec qui vous ou le cas êtes entré en contact par le vomi ou les selles. | |
| Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genre : Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lien avec le cas :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gendre : Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lien avec le cas :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gendre : Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lien avec le cas :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| Public Health Agency of Canada***Questionnaire générateur d’hypothèses visant l’hépatite A***  **Numéro du dossier :**  **Numéro d’identification national :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 1. Renseignements sur le cas** | |
| Cas interrogé par :  V | Date de l’entrevue : j\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ /a\_\_\_\_\_ |
| Bureau ou autorité de santé : | Date de déclaration au bureau ou à l’autorité de santé : j\_\_\_\_/m\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_ |
| Province ou territoire : |  |
| Le répondant est :  Le cas  Un parent  Le conjoint  Le soignant  Autre, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Genre :  M  F  Autre  Pas demandé/Inconnu | Âge : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| **Section 2. Données cliniques**  Numéro du laboratoire provincial/territorial : | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **À remplir par l'intervieweur** | Date du premier prélèvement d’échantillon positif :  j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ | | IgM anti-VHA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Positif  Indéterminé |
| Échantillon envoyé pour le génotypage  O  N  NSP | | Si oui, précisez le génotype : |
| Asymptomatique :  O  N  NSP  Si non, date de l’apparition des premiers symptômes : j\_\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ | | Date d’apparition de la jaunisse : j\_\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ |
| Admis\* à l’hôpital en raison de la maladie?  O  N  NSP  \*Ne comprend pas les personnes qui se rendent à l’urgence ou consultent une clinique externe. | | | Date d’admission : j\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ /a\_\_\_\_\_  Date du congé : j\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ /a\_\_\_\_\_  Toujours hospitalisé |
| Avez-vous déjà reçu un diagnostic d’hépatite A par le passé?  O  N  NSP  Si oui, date : j\_\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ | | | Avez-vous déjà reçu le vaccin contre l’hépatite A?  O  N  NSP  Si oui, date : j\_\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ nombre de doses : |
| Avez-vous reçu de l’immunoglobuline au cours des 5 derniers mois?  O  N  NSP Si oui, date: j\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **À remplir par l’intervieweur** | | Cas décédé?  O  N Date du décès : j\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ /a\_\_\_\_\_  Si oui, l’infection à l’hépatite A était-elle une cause sous-jacente ou ayant contribué au décès?  O  N  NSP  Si oui, ce constat est-il fondé sur le certificat de décès?  O  N  NSP | |

|  |
| --- |
| **Section 3 : Période d’exposition et de contagion** |
| Inscrivez la date d’apparition des symptômes, en l’utilisant comme le jour 0, puis comptez à rebours pour déterminer la période d’exposition. En l’absence d’une date d’apparition des symptômes et pour les cas asymptomatiques, veuillez utiliser, par ordre de préférence, i) la date de collecte de l’échantillon, ou ii) la date du rapport de laboratoire, pour calculer les périodes d’exposition et de contagion.  A diagram of a process  Description automatically generated with medium confidence  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Section 4 : Renseignements relatifs aux voyages** |
| Au cours des **50 à 15 jours** précédant l’apparition de la maladie, soit du j\_\_\_\_/m\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_ au j\_\_\_\_/m\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_, avez-vous (ou le cas a-t-il) voyagé au Canada ou à l’extérieur du Canada?  O  N  NSP |
| Si la réponse est oui :  À l’intérieur de la province ou du territoire  Dans d’autres provinces ou territoires  À l’extérieur du Canada |
| Précisez les destinations (pays/ville/villégiature) : |
| Départ : j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Retour : j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section 5. Facteurs de risque** | | |
| J’aimerais vous poser quelques questions sur les facteurs de risque courants de l’hépatite A. Dans les 50 à 15 jours précédant l’apparition de la maladie, avez-vous (ou le cas a-t-il) :  \*\*Veuillez saisir tout contact rapproché potentiel à la section iii | | |
| Eu des contacts avec un cas connu d’hépatite A :  O  N  NSP | | Eu des contacts avec une personne atteinte de jaunisse :  O  N  NSP |
| Consommé un repas ou un aliment ayant été manipulé par une personne malade?  O  N  NSP | | |
| Habité/séjourné dans un établissement résidentiel?  O  N  NSP  (p. ex. maison de soins, résidence de soins de longue durée, prison, dortoir ou pensionnat) | | Nom/lieu/dates : |
| Été à la garderie ou dans un centre de jour?  O  N  NSP  (p. ex. pour enfant ou adulte) | | Nom/lieu/dates : |
| Travaillé/fait du bénévolat dans une garderie ou un établissement résidentiel ou un hôpital/centre de santé  O  N  NSP | | Nom/lieu/dates : |
| Changé les couches d’un enfant ou aidé un enfant ou un adulte à aller à la toilette?  O  N  NSP | | |
| Reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins au cous de la période d’incubation?  O  N  NSP  Si oui, date: j\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_\_ | Reçu une greffe d’organe pendant la période d’incubation?  O  N  NSP  Si oui, date: j\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Donné du sang pendant la période d’incubation? O  N  NSP Si oui, date: j\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Utilisé les sources d’eau potable suivantes? (cochez toutes les réponses applicables)  Municipale  Puits/source d’eau privée  Eau embouteillée (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nagé/baigné dans l’océan, un lac, une rivière, une piscine ou un spa?  O  N  NSP Si la réponse est oui, veuillez préciser le type de source d’eau et le lieu : | | |
| Avez-vous (le cas a-t-il) été en contact avec l’eau d’un refoulement d’égout ou y avez-vous (le cas y a-t-il) été exposé? O  N  NSP  Si oui, veuillez préciser : | | |
| Étiez-vous sans domicile fixe, c’est-à-dire viviez-vous dans la rue, dans un refuge, dans une chambre d’hôtel, dans une voiture ou sur un divan?  O  N  Préfère ne pas répondre  NSP | | |

|  |
| --- |
| **Section 6. Activité sexuelle et consommation de drogue : Passez cette section si le cas a déjà été interrogé à ce sujet** |
| INSTRUCTIONS POUR L’INTERVIEWEUR : Veuillez poser ces questions aux cas adultes (> 18 ans) |
| Étiez-vous (le cas était-il) actif sexuellement au cours des 50 à 15 jours précédant l’apparition des symptômes?  O  N  Refuse de répondre |
| Si oui, avez-vous (le cas a-t-il) eu des contacts sexuels oraux-anaux au cours de cette période?  O  N  Refuse de répondre |
| Avez-vous (le cas a-t-il) utilisé des drogues injectables au cours des 50 à 15 jours précédant l’apparition des symptômes?  O  N  Refuse de répondre |
| Avez-vous (le cas a-t-il) utilisé des drogues non injectables au cours des 50 à 15 jours précédant l’apparition des symptômes?  O  N  Refuse de répondre |

|  |
| --- |
| **Section 7. Régimes particuliers ou préférences alimentaires** |
| J’aimerais d’abord vous poser quelques questions générales sur votre régime et vos préférences alimentaires (ou ceux du cas). |
| Êtes-vous (le cas est-il) végétarien?  O  N  NSP  Si oui, est-ce que vous-même ou le cas mangez parfois les aliments suivants? Œufs  O  N  NSP Produits laitiers  O  N  NSP Poisson  O  N  NSP Volaille  O  N  NSP Viande rouge  O  N  NSP Autre viande  O  N  NSP Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Est-ce que vous-même ou le cas êtes allergique à certains aliments?  O  N  NSP Si oui, veuillez préciser les aliments : |
| Y a-t-il des aliments ou des groupes alimentaires que vous-même ou le cas ne mangez jamais?  O  N  NSP Si oui, veuillez préciser : |
| Au cours des **50 à 15 jours** précédant la maladie, est-ce que vous-même ou le cas avez :  Suivi un régime alimentaire particulier ou restreint (p. ex., régime alimentaire crudivore, végétalien, pour les personnes diabétiques, casher, halal)?  O  N  NSP Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Consommé un complément alimentaire ou un supplément nutritif (p. ex., substituts de repas, poudre de protéines, vitamines, herbes, kratom)?  O  N  NSP Si oui, veuillez préciser (indiquez le lieu d’achat) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avez-vous consommé des boissons santé préparées et embouteillées (p. ex. Kombucha, eau de noix de coco)?  O  N  NSP Si oui, veuillez préciser (indiquez le lieu d’achat) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Section 8. Aliments consommés à l’extérieur de la maison** | | | |
| Dans les **50 à 15 jours** précédant le début de la maladie, avez-vous (ou le cas a-t-il) consommé des aliments à l’extérieur du domicile, soit dans un rassemblement social ou à l’un des établissements alimentaires suivants (y compris les aliments achetés/commandés dans un restaurant et consommés à la maison et des échantillons consommés dans des établissements comme des supermarchés)? | | | |
| **Type de rassemblement/nom de l’établissement** | | | **Détails sur les aliments consommés** |
| Rassemblement ou événement social (p. ex. au domicile d’un ami ou d’un membre de la famille, collations au travail, congrès, mariage ou soirée)  O  N  NSP  *Si oui, connaissez-vous d’autres personnes qui ont présenté des diarrhées après ce rassemblement?*  O  N  NSP  Si oui, combien? \_\_\_\_\_\_ | Nom de l’événement/description :  Lieu :  Date du rassemblement : j\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_  Nombre de personnes présentes : | |  |
| Avez-vous mangé dans un restaurant rapide ou à un autre restaurant? Il pourrait s’agir de nourriture ou de boissons provenant d’un café, d’une cafétéria, d’un marchand ambulant, d’un kiosque ou d’un dépanneur. Énumérez également tout échantillon d’un supermarché. | | | |
| **Nom de l’établissement alimentaire** | **Adresse/emplacement** | **Dates(s)** | **Aliments commandés/consommés** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Détails supplémentaires sur les établissements alimentaires mentionnés ci-dessus : | | | |
|  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section 9. Achat d’aliments pour consommation à domicile** | | |
| Où est-ce que vous-même ou le cas achetez habituellement les aliments pour la consommation à domicile? Il peut s’agir d’épiceries, de marchés fermiers, d’épiceries spécialisées, de banques alimentaires ou d’achats en ligne comme Amazon, Well.ca ou d’autres commerces en ligne.  Il peut être utile de recueillir les reçus, les données d’achat ou les cartes de fidélité, lorsque disponibles, étant donné la longue période d’incubation. Le formulaire de consentement pour la collecte de renseignements sur la carte de fidélité est disponible auprès de l’autorité de santé de votre province ou territoire, ou de l’ASPC. | | |
| A | Nom du magasin ou du site Web :  Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Des reçus, des factures ou des avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer le numéro de votre carte de fidélité et vos renseignements d’achat?  O  N |
| B | Nom du magasin ou du site Web :  Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Des reçus, des factures ou des avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer le numéro de votre carte de fidélité et vos renseignements d’achat?  O  N |
| C | Nom du magasin ou du site Web :  Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Des reçus, des factures ou des avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer le numéro de votre carte de fidélité et vos renseignements d’achat?  O  N |
| D | Nom du magasin ou du site Web :  Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Des reçus, des factures ou des avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer le numéro de votre carte de fidélité et vos renseignements d’achat?  O  N |
| Renseignements supplémentaires sur les magasins mentionnés ci-dessus. Le cas échéant, veuillez fournir des renseignements sur les achats types effectués dans des magasins spécialisés ou en ligne ainsi que des détails sur la méthode d’achat et indiquer si le cas est disposé à présenter les reçus, les factures, etc. | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 10. Achat de repas prêt-à-cuisiner** | |
| Au cours des 50 à 15 jours précédant l’apparition de la maladie, est-ce que vous-même ou le cas avez consommé des aliments préparés à partir de repas prêt-à-cuisiner (Goodfood, Hello Fresh, Chef’s Plate, Red Apron, etc.)?  Oui  Probablement  Non  **Si oui, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.** | |
| **Renseignements sur l’achat** | **Noms des repas, dates de consommation, ingrédients et substitutions** |
| **Nom de l’entreprise :**  **Date de livraison :**  Des reçus, des factures, des avis par courriel ou des fiches de recette sont-ils disponibles?  O  N  NSP |  |

|  |
| --- |
| **Section 11 : Exposition aux aliments** |
| DIRECTIVES À LIRE AU CAS  J’aimerais connaître les aliments que vous avez (ou que le cas a) consommés au cours des **50 à 15 jours** précédant le début de la maladie, c’est-à-dire du j\_\_\_\_/m\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_ au j\_\_\_\_/m\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_. Pour chaque aliment, veuillez me donner votre meilleure estimation à savoir si l’aliment a été consommé, si vous n’êtes pas sûr de l’avoir consommé mais que vous l’avez probablement fait, ou si vous ne l’avez pas consommé. Veuillez inclure les aliments mangés, seuls ou dans une salade, un sandwich ou un mets.  DIRECTIVES À L’INTENTION DE L’INTERVIEWEUR  Pour chaque aliment consommé par le cas, demandez la marque et le lieu d’achat du produit. Veuillez sélectionner une réponse pour chaque question ou indiquer si la question n’a pas été posée. Il y a quatre options possibles pour chaque exposition à des aliments.  Oui - Le cas **a consommé** l’aliment NSP - Le cas **ne sait pas** s’il a consommé l’aliment  Prob. - Le cas a **probablement** consommé l’aliment Non - Le cas **n’a pas consommé** l’aliment |

|  | **Oui** | **Prob.** | **Non** | **NSP** | **IMPORTANT : *Veuillez inclure autant de précisions que possible***  **Type / Variété / Marque** | **Lieu d’achat ou de consommation :**  *Précisez le nom de l’épicerie ou du restaurant* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LÉGUMES** *Incluent les légumes crus ou cuits (excluent les légumes achetés en conserve)* | | | | | | |
| Tout type de tomate, y compris dans un plat ou un repas comme une salade, un sandwich, un burger ou un taco  *Si oui, veuillez préciser :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Tomates cerises ou raisins | O | P | N | NSP |  |  |
| Semi-séchées  o dans l’huile o en sac | O | P | N | NSP |  |  |
| Séchées au soleil  o dans l’huile o en sac | O | P | N | NSP |  |  |
| Laitue ou légume-feuille, y compris dans un plat ou un repas comme une salade, un sandwich, un burger ou un taco  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Iceberg  o préemballée o non préemballée/pommée | O | P | N | NSP |  |  |
| Romaine  o préemballée o non préemballée/pommée | O | P | N | NSP |  |  |
| Épinards  o préemballés o non préemballés | O | P | N | NSP |  |  |
| Laitue mesclun/mélange printanier  o Préemballé o non préemballé | O | P | N | NSP |  |  |
| Kale  o Préemballé o non préemballé | O | P | N | NSP |  |  |
| Roquette  o Préemballée o non préemballée | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres laitues ou légumes-feuilles  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  o préemballé o non préemballé/pommé | O | P | N | NSP |  |  |
| Salades préemballées du commerce (p. ex. dans un sac ou un contenant, peut comprendre la vinaigrette et la garniture), excluant les salades préparées prêtes à manger  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade verte préparée ou prête à manger du commerce (p. ex. salade César préparée, salade de kale, salade du jardin, salade d’épinards)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade de pommes de terre du commerce | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade de pâtes du commerce | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre salade du commerce (p. ex. grecque, quinoa, haricots) | O | P | N | NSP |  |  |
| Chou (p. ex. entier, haché, salade de chou)  o préemballé o non préemballé/pommé | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade de chou  o préemballée o faite maison | O | P | N | NSP |  |  |
| Micropousses ou germes, y compris dans un plat ou un repas comme dans un sandwich ou une salade (p. ex. germes de haricot ou de luzerne, micropousses de brocoli)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Concombres  o anglais o de champ o Mini | O | P | N | NSP |  |  |
| Poivrons (p. ex. rouges, verts, jaunes)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Piments forts (p. ex. jalapeño, serrano, habanero)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Céleri | O | P | N | NSP |  |  |
| Carottes (non mini) | O | P | N | NSP |  |  |
| Mini-carottes (bébés carottes) | O | P | N | NSP |  |  |
| Pois (frais, cosses de pois crues, pois mange-tout) | O | P | N | NSP |  |  |
| Haricots verts ou jaunes | O | P | N | NSP |  |  |
| Brocoli | O | P | N | NSP |  |  |
| Chou-fleur | O | P | N | NSP |  |  |
| Oignons  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Oignons blancs/jaunes | O | P | N | NSP |  |  |
| Oignons verts | O | P | N | NSP |  |  |
| Oignons rouges | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres oignons  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Poireaux | O | P | N | NSP |  |  |
| Champignons | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres légumes  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Légumes congelés | O | P | N | NSP |  |  |
| Jus de légumes (p. ex. jus de tomate, jus de carotte)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **FINES HERBES ET ÉPICES** *Incluent les fines herbes et les épices fraîches (excluent les fines herbes et les épices séchées)* | | | | | | |
| Basilic frais  o Thaï o Traditionnel | O | P | N | NSP |  |  |
| Coriandre fraîche | O | P | N | NSP |  |  |
| Persil frais | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres fines herbes fraîches (p. ex. origan, aneth, menthe, romarin, ciboulette, thym)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **FRUITS** *Incluent les fruits crus ou cuits (excluent les fruits achetés en conserve)* | | | | | | |
| Salade de fruits/fruits précoupés ou plateau de fruits | O | P | N | NSP |  |  |
| Melon  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Cantaloup  o Frais o Congelé | O | P | N | NSP |  |  |
| Melon miel  o Frais o Congelé | O | P | N | NSP |  |  |
| Melon d’eau  o Frais o Congelé | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres melons  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Pommes | O | P | N | NSP |  |  |
| Poires | O | P | N | NSP |  |  |
| Pêches  o Fraîches o Congelées | O | P | N | NSP |  |  |
| Nectarines  o Fraîches o Congelées | O | P | N | NSP |  |  |
| Abricots | O | P | N | NSP |  |  |
| Prunes | O | P | N | NSP |  |  |
| Agrumes (p. ex. oranges, pamplemousses, citrons, limes)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Petits fruits (baies)  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Fraises  o Fraîches o Congelées o Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Framboises  o Fraîches o Congelées o Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Bleuets  o Frais o Congelés o Séchés | O | P | N | NSP |  |  |
| Mûres  o Fraîches o Congelées o Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres baies (p. ex. canneberges, groseilles à maquereau, framboises-mûres de Tay)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Sac de baies ou fruits mélangés congelés | O | P | N | NSP |  |  |
| Cerises | O | P | N | NSP |  |  |
| Raisins | O | P | N | NSP |  |  |
| Bananes | O | P | N | NSP |  |  |
| Mangues  o Fraîches o Congelées o Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Papayes  o Fraîches o Congelées o Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Kiwis | O | P | N | NSP |  |  |
| Grenade  o Fraîche (y compris les pépins prêts à manger) o Congelée | O | P | N | NSP |  |  |
| Ananas | O | P | N | NSP |  |  |
| Noix de coco  o Fraîche o Congelée o Séchée/râpée | O | P | N | NSP |  |  |
| Avocat (y compris le guacamole)  o Frais o Congelé | O | P | N | NSP |  |  |
| Olives | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre fruit  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Cidre de pommes ou jus de fruits non pasteurisés  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Boisson fouettée aux fruits contenant des fruits ou légumes frais ou congelés, préparée à la maison ou achetée fraîche dans un commerce, un restaurant ou un café | O | P | N | NSP |  |  |
| Boisson fouettée préparée, en bouteille | O | P | N | NSP |  |  |
| **POISSONS ET FRUITS DE MER** | | | | | | |
| Tout poisson (y compris poisson frais, en conserve, en pot, surgelé)  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous* | O | P | N | NSP |  |  |
| Poisson fumé (p. ex. saumon fumé)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Poisson consommé cru (p. ex. sushi, tartare, sashimi, ceviche)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre type de poisson (p. ex. frais, congelé, cuit, séché)  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Mollusques et crustacés  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous* | O | P | N | NSP |  |  |
| Moules  *Si oui, mangées crues* oO oN oNSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Palourdes  *Si oui, mangées crues* oO oN oNSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Crevettes  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Si oui, mangées crues* oO oN oNSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Huîtres  *Si oui, mangées crues* oO oN oNSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Tout autre mollusque ou crustacé (p. ex. pétoncle, coque, crabe, écrevisse, homard)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Si oui, mangé cru* oO oN oNSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres fruits de mer ou produits d’algues  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **AUTRES VIANDES OU PRODUITS ANIMAUX** | | | | | | |
| Charcuterie/viande froide (p. ex. saucisson de Bologne, salami, pepperoni, dinde, jambon)  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous* | O | P | N | NSP |  |  |
| Charcuterie préemballée  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Charcuterie tranchée au comptoir de charcuterie  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Hot-dogs ou pogos  *Si oui, chauffé avant d’être consommé*  oO oN oNSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Produits de viande séchée/fumée (p. ex. charqui de bœuf, saucisse séchée, saucisson)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Pâté/tartinade de viande  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Shawarma/donair/gyro | O | P | N | NSP |  |  |
| **PRODUITS LAITIERS et SUBSTITUTS DE PRODUITS LAITIERS** | | | | | | |
| Lait non pasteurisé (cru)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres produits laitiers non pasteurisés  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **FROMAGE** | | | | | | |
| Tout fromage fait de lait non pasteurisé (cru)  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage tranché au comptoir de la charcuterie  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |

|  |
| --- |
| **Section 12 : Données démographiques** |
| Ma dernière question concerne votre origine ethnique. Dans notre société, les personnes sont souvent décrites en fonction de leur origine ethnique et se considèrent comme étant « blanches » ou « noires » ou « sud-asiatiques », par exemple. Cette information est recueillie afin de mieux comprendre la personne infectée par l’hépatite A dans le but d’orienter notre enquête.  *(Note à l’intention de l’intervieweur : si le cas n’est pas à l’aise de répondre, passez la question)* |
| Quelle catégorie ethnique vous décrit le mieux? Sélectionnez toutes les réponses applicables :  Noire (p. ex. africaine, afro-caribéenne, canadienne d’origine africaine)  Asiatique de l’Est ou du Sud-Est (p. ex. chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise, philippines, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne, autre origine asiatique du Sud-Est)  Autochtones (p. ex. Premières Nations, Inuit, Métis) :  Premières Nations  Inuit  Métis  Latine (p. ex. Amérique latine, origine hispanique)  Moyen-orientale (p. ex. arabe, perse, origine asiatique de l’Ouest – par exemple, afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque, kurde)  Sud-asiatique (p. ex. origine sud-asiatique, par exemple, indienne de l’Est, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-caribéenne)  Blanche (p. ex. origine européenne)  Autre groupe (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Incertain/préfère ne pas répondre |

Remarques/commentaires généraux :