|  |  |
| --- | --- |
| **Questionnaire générateur d’hypothèses visant la** *Public Health Agency of Canada****Shigella***  **Numéro d'identification national :**  **Numéro du dossier:** | |
| **Contexte du questionnaire pour l'intervieweur** | |
| Ce questionnaire est conçu pour recueillir des renseignements sur les expositions précédant une infection à *Shigella* dans le contexte d’un agrégat ou d’une grappe de cas avec une source d’infection inconnue, mais pourrait être utilisé pour enquêter sur les cas sporadiques.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Des données capturées incluent: | - les caractéristiques démographiques du cas | - des expositions aux aliments | |  | - des données cliniques | - l'activité sexuelle | |  | - des données laboratoires | - des autres facteurs de risque |   Les éclosions de *Shigella* sont souvent liées à une transmission de personne à personne, ainsi qu'à des expositions alimentaires. Ce questionnaire inclut donc un historique alimentaire et une liste détaillée des aliments spécifiques; cela peut sembler répétitif mais est utilisé pour s'assurer que toutes les expositions possibles aux aliments sont capturées. S’il vous plait, recueillir autant de détails que possible pour chaque exposition, incluant les expositions aux restaurants. Considérer aussi l’utilisation d’un calendrier, ou, le cas échéant, de recueillir des reçus ou des données des cartes de fidélité. En raison de la nature délicate de certaines questions de ce questionnaire, il est important de rappeler au participant qu'il a le droit d'ignorer toute question à laquelle il ne se sent pas à l'aise de répondre.  Le questionnaire devrait prendre de 45 à 60 minutes à remplir. | |
| **RÉSERVÉ À L’USAGE LOCAL – VEUILLEZ SUPPRIMER CETTE PAGE EN CAS D’ENVOI DU FORMULAIRE À L’ASPC** | |
| **i. Renseignements sur le cas** | |
| Nom du cas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nom du mandataire: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de la carte de santé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ville/Village: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Code postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Téléphone à domicile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Téléphone au travail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Médecin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Téléphone du médecin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Profession: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Lieu d’emploi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ii. Symptômes** | |
| Date de début des symptômes: j \_\_\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Asymptomatique:  O  N  NSP | |
| Symptômes: Diarrhée\*  O  N  NSP Fièvre  O  N  NSP Crampes abdominales  O  N  NSP  Diarrhée sanglante  O  N  NSP Nausées  O  N  NSP Vomissements  O  N  NSP  Autre   O  N  NSP Si « Autre », veuillez préciser:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\*3 selles aqueuses ou plus sur une période de 24 heures* | |
| Problèmes médicaux sous-jacents ou médicaments qui inhibent le système immunitaire (p. ex. grossesse, diabète, cancer, stéroïdes)?  O  N  NSP Si oui, précisez:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **iii. 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 **4 jours** (7 jours pour *S.* dysenteriae) 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 té léphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lien avec le cas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_\_\_\_ Date de l'apparition de la diarrhée: j \_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_ | |
| Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genre  : Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lien avec le cas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_\_\_\_ Date de l'apparition de la diarrhée: j \_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_ | |
| Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genre : Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lien avec le cas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_\_\_\_ Date de l'apparition de la diarrhée: j \_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Questionnaire générateur d’hypothèses visant la *Shigella***  **Numéro d'identification national:**  **Numéro du dossier:** | |
| **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: | |
| Répondant:  Cas  Parent  Conjoint  Soignant  Autre (préciser): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Genre:  M  F  Autre  Pas demandé/Inconnu | Âge: \_\_\_\_\_\_\_ |

***Public Health Agency of Canada***

| **Section 2 : Données cliniques** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **À remplir par l'intervieweur** | | Espèces (*dysenteriae*, *flexneri*, *boydii*, *sonnei*): | Code d’agrégat par séquençage du génome entier : |
| Type d'échantillon positif:  Selles  Sang  Urine  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date du premier prélèvement des échantillons positifs:  j \_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_ |
| Date d’apparition des premiers symptômes:  j \_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_ Asymptomatique:  O  N  NSP | Date d’apparition de la diarrhée: j \_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_\_ |
| Admission\* à l’hôpital en raison de la maladie?  O  N  NSP  \*Ne comprend pas les personnes qui se rendent à une salle d'urgence ou à une clinique externe | | | Date de l’admission: j \_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_\_  Date du congé: j \_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_  Toujours hospitalisé |
| **À remplir par l'intervieweur** | Cas décédé?  O  N: Date de décès: j \_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_\_  Si oui, l'infection à la *Shigella* est-elle la cause sous-jacente du décès ou ayant contribué au décès?  O  N  NSP  Si oui, la détermination est-elle fondée sur le certificat de décès?  O  N  NSP | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 3 : Renseignements relatifs aux voyages** | |
| Dans les **4 jours** (7 jours pour *S*. dysenteriae) précédant le début de la maladie, c’est-à-dire 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 territoire  Dans d’autres provinces ou territoires  À l'extérieur du Canada | |
| Précisez la ou les destinations (pays/ville/villégiature): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Départ: j \_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ | Retour : j \_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Section 4. Régimes spéciaux ou préférences alimentaires** |
| Tout d’abord, je tiens à vous poser quelques questions générales sur le régime alimentaire et les préférences alimentaires (les vôtres ou ceux du cas). |
| Est-ce que vous-même ou le cas êtes végétariens?  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, veuillez préciser*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 **4 jours** (7 jours pour *S*. dysenteriae) 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Est-ce que vous-même ou le cas avez 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? (e.g. Kombucha, eau de noix de coco)  O  N  NSP Si oui, veuillez préciser (indiquez le lieu d’achat) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 5. Autres expositions possibles** | |
| J'aimerais vous interroger sur les expositions courantes à la *Shigella*. Dans les **4 jours** (7 jours pour *S*. dysenteriae) précédant l'apparition de la maladie, avez-vous (ou le cas a-t-il) : | |
| Habité dans une institution résidentielle?  O  N  NSP  (p. ex. maison de soins infirmiers, établissement de soins de longue durée, prison, pensionnat, etc.) | Nom/lieu: |
| Été dans une garderie ou un établissement de soins?  O  N  NSP  (p. ex. pour enfants ou adultes) | Nom/lieu: |
| Été à l'école  O  N  NSP  (p. ex. pour le travail/objectifs du volontariat, en tant qu'étudiant) | Nom/lieu: |
| Travaillé (bénévolement ou non) en tant que manipulateur d'aliments?  O  N  NSP | Nom/lieu: |
| Manipulé du poulet cru?  O  N  NSP | Manipulé des œufs crus?  O  N  NSP |
| Manger un repas ou un produit alimentaire qui a été manipulé par une personne malade?  O  N  NSP | |
| Utilisé les sources d'eau potable suivantes? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)  Source d'eau potable municipale  Puits/source d'eau privée  Eau en bouteille, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autres, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nagé/entré dans l'océan, un lac, une rivière, une piscine ou cours d'eau?  O  N  NSP Si oui, précisez le type de source d'eau et le lieu :: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nagé/entré dans piscine, un spa, pataugeoire ou parc aquatique?  O  N  NSP Si oui, précisez le type de source d'eau et le lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 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** |
| DIRECTIVES À L'INTENTION DE L'INTERVIEWEUR : Veuillez poser ces questions aux cas adultes masculins et féminins (>18 ans) |
| Étiez-vous (le cas était-il) actif sexuellement au cours des 4 jours (7 jours pour S. dysenteriae) 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 4 jours (7 jours pour S. dysenteriae) 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 4 jours (7 jours pour S. dysenteriae) précédant l’apparition des symptômes?  O  N  Refuse de répondre |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 7. Consommation d’aliments à l'extérieur de la maison** | | | | |
| Dans les **4 jours** (7 jours pour *S*. dysenteriae) 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 à 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  Lieu:  Date du rassemblement: j\_\_\_\_\_ / m\_\_\_\_\_\_ /a\_\_\_\_\_  Nombre de personnes présentes: | |  |
| Avez-vous mangé du prêt-à-manger ou dans 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 8. 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 spécialisés, de banques alimentaires ou d’achats en ligne comme Amazon, Well.ca ou d’autres commerces en ligne.  \*Le formulaire de consentement pour la collecte de renseignements sur la carte de fidélité est disponible auprès de votre autorité de santé de votre province ou territoire, ou de l’ASPC. | |
| Nom du magasin ou du site Web :    Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Les reçus, les factures et les avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  NSP  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer votre numéro de votre carte de fidélité et vos renseignements d’achat?  O  N |
| Nom du magasin ou du site Web :    Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Les reçus, les factures et les avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  NSP  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer votre numéro de votre carte de fidélité et vos renseignements d’achat?  O  N |
| Nom du magasin ou du site Web :    Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Les reçus, les factures et les avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  NSP  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer votre numéro de votre carte de fidélité et vos renseignements d’achat?  O  N |
| Nom du magasin ou du site Web :    Emplacement : | Aliments achetés en ligne (livraison ou collecte à l’auto)  O  N  NSP  Les reçus, les factures et les avis par courriel sont-ils disponibles?  O  N  NSP  Carte de fidélité?  O  N  NSP  Accepteriez-vous de nous communiquer votre 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 9. Achat de repas prêt-à-cuisiner** | |
| Au cours des 4 jours (7 jours pour S. dysenteriae) 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.)?  O  N  NSP 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 10: Aliments consommés dans les 4 jours (7 pour *S*. dysenteriae) précédant le début de la maladie** | | | | | | |
| J'aimerais vous parler des aliments ou des boissons que vous avez (ou que le cas a) consommés avant de devenir malade. En commençant par la journée où vous avez (ou le cas a) connu les premiers symptômes :  *(Note à l’intention de l’intervieweur : Veuillez explorer où les aliments ont été consommés ou comment ils ont été préparés, p. ex. préparés et consommés à la maison, consommés dans un restaurant, comptoir de commandes à emporter, repas prêts-à-manger, comme repas surgelés, etc.)* | | | | | | |
| **Journée de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | Dîner | | | Souper | | Collations |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
| **Une journée avant le début de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | | Dîner | Souper | | Collations | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
| **Deux jours avant le début de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | | Dîner | Souper | | Collations | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
| **Trois jours avant le début de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | | Dîner | Souper | | Collations | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
| **Quatre jours avant le début de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | | Dîner | Souper | | Collations | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
| **Cinq jours avant le début de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | | Dîner | Souper | | Collations | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
| **Six jours avant le début de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | | Dîner | Souper | | Collations | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
| **Sept jours avant le début de la maladie** j\_\_\_\_ / m\_\_\_\_ / a\_\_\_\_\_\_ Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim | | | | | | |
| Déjeuner | | Dîner | Souper | | Collations | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |

|  |
| --- |
| **Section 11: Expositions à des aliments** |
| DIRECTIVES À LIRE AU CAS  J’aimerais connaître les aliments que vous avez (ou que le cas a) consommés au cours des 4 jours (7 jours pour S. dysenteriae) précédant le date 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 de l’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 | Prob. | - Le cas a probablement consommé l’aliment | | Non | - Le cas n’a pas consommé l’aliment | NSP | - Le cas ne sait pas s'il a consommé l’aliment | |

|  | **Oui** | **Prob.** | **Non** | **NSP** | **IMPORTANT. *Veuillez inclure autant de précisions que possible***  **Type / Variété / Marque** | **Lieu d’achet ou de consommation de l’aliments :**  *Précisez le nom d'épicerie, ou du restaurant* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LÉGUMES :** *Incluent les légumes crus ou cuits (exclure les légumes congelés ou 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 |  |  |
| Tomate cerises ou raisins | 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  préemballée  non préemballée/tête | O | P | N | NSP |  |  |
| Romaine  préemballée  non préemballée/tête | O | P | N | NSP |  |  |
| Épinards  préemballés  non préemballés | O | P | N | NSP |  |  |
| Laitue mesclun/mélange printanier  préemballé  non préemballée | O | P | N | NSP |  |  |
| Kale  préemballé  non préemballé | O | P | N | NSP |  |  |
| Roquette  préemballée  non préemballée | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres laitues ou légumes-feuilles  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  préemballés  non préemballée/tête | 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)  préemballé  non préemballé/tête | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade de chou  préemballée  fait 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, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Micropousses | O | P | N | NSP |  |  |
| Luzerne | O | P | N | NSP |  |  |
| Germes de haricot | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres germes  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Concombres  anglais  champ  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 (ou miniatures) | 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 |  |  |
| Radis | O | P | N | NSP |  |  |
| Oignons  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Oignons blancs ou 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 |  |  |
| Ail frais (pas en poudre) | O | P | N | NSP |  |  |
| Gingembre frais (non moulu) | O | P | N | NSP |  |  |
| Champignons | O | P | N | NSP |  |  |
| Courgettes | 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 |  |  |
| **FRUITS :** *Inclure les fruits crus ou cuits (exclure les fruits achetés congelés ou en conserve)* | | | | | | |
| Salade de fruits/fruits précoupés ou plateau de fruits | O | P | N | NSP |  |  |
| Melons  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Cantaloup  Frais  Congelé | O | P | N | NSP |  |  |
| Melon miel  Frais  Congelé | O | P | N | NSP |  |  |
| Melon d'eau  Frais  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  Fraîches  Congelées | O | P | N | NSP |  |  |
| Nectarines  Fraîches  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  Fraîches  Congelées  Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Framboises  Fraîches  Congelées  Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Bleuets  Frais  Congelés  Séchés | O | P | N | NSP |  |  |
| Mûres  Fraîches  Congelées  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  Fraîches  Congelées  Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Papayes  Fraîches  Congelées  Séchées | O | P | N | NSP |  |  |
| Kiwis | O | P | N | NSP |  |  |
| Grenades  Fraîche (y compris les pépins prêts à manger)  Congelée | O | P | N | NSP |  |  |
| Ananas | O | P | N | NSP |  |  |
| Noix de coco  Fraîche  Congelée  Séchée/râpée | O | P | N | NSP |  |  |
| Avocat (y compris le guacamole)  Frais  Congelé | O | P | N | NSP |  |  |
| Olives | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres fruits  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Cidre de pommes ou jus de fruits non pasteurisé  *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 |  |  |
| **HERBES ET ÉPICES** | | | | | | |
| Basilic frais  Thaï  Traditionnel | O | P | N | NSP |  |  |
| Coriandre fraîche | O | P | N | NSP |  |  |
| Persil frais | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres herbes fraîches (p. ex. origan, aneth, menthe, romarin, ciboulette ou thym)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Herbes ou épices séchées  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **TARTINADES ET TREMPETTES PRÉPARÉES DU COMMERCE** | | | | | | |
| Salsa  Fraîche (p. ex., pico de gallo)  Dans un pot en verre ou une boîte de conserve | O | P | N | NSP |  |  |
| Houmous acheté dans un commerce ou un restaurant (excluant le houmous fait maison) | O | P | N | NSP |  |  |
| Toute autre trempette  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **VOLAILLE** | | | | | | |
| Tout type de poulet (en excluant la charcuterie)  *Si oui, veuillez préciser le type ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Poulet pané acheté en magasin (p. ex. croquettes, lanières ou burgers de poulet) | O | P | N | NSP |  |  |
| Produit de poulet farci acheté en magasin (p. ex. poulet à la Kiev, poulet cordon bleu) | O | P | N | NSP |  |  |
| Poulet haché | O | P | N | NSP |  |  |
| Morceaux de poulet (p. ex. poulet entier rôti, poitrines, ailes, cuisse, dans des une soupes ou un mets, en excluant la charcuterie)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre viande de poulet (en excluant la charcuterie)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Tout type de dinde (en excluant la charcuterie)  *Si oui, veuillez préciser le type ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Dinde hachée | O | P | N | NSP |  |  |
| Morceaux de dinde (p. ex. dinde entière rôtie, poitrines, ailes, cuisses, dans une soupe ou un mets, en excluant la charcuterie)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre viande de dinde (en excluant la charcuterie) (p. ex. bacon de dinde)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre viande de volaille (p. ex. poulet de Cornouailles, canard, en excluant la charcuterie))  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **ŒUFS ET PLATS CONTENANT DES ŒUFS** | | | | | | |
| Œufs (p. ex. œufs brouillés, omelettes)  *Si oui, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Œufs consommés crus ou peu cuits (p. ex. « dont le jaune est coulant » ou « œufs tournés »), tout produit fait avec des œufs crus (p. ex. pâte à biscuits crue, préparation pour gâteau, sauces, crème glacée fait maison, mayonnaise, vinaigrette, ou dans une boisson)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **PORC** | | | | | | |
| Tout type de porc (en excluant la charcuterie)  *Si oui, veuillez préciser le type ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Jambon (en excluant la charcuterie) | O | P | N | NSP |  |  |
| Bacon | O | P | N | NSP |  |  |
| Porc haché | O | P | N | NSP |  |  |
| Morceaux de porc (p. ex. rôtis de porc, côtes levées, côtelettes, dans une soupe ou un mets, en excluant la charcuterie ou le jambon)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre viande de porc (en excluant la charcuterie)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **BŒUF** | | | | | | |
| Tout type de bœuf (en excluant la charcuterie)  *Si oui, veuillez préciser le type ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Tout type de bœuf haché (p. ex. hamburger, lasagne, chili)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Bœuf haché consommé cru ou peu cuit (p. ex. hamburgers pas assez cuits ou kibbeh)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Morceaux de bœuf (p. ex. rôtis, côtes levées, côtelettes, dans une soupe ou un mets, en excluant la charcuterie)  *Si oui, précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Veau | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre viande de bœuf (en excluant la charcuterie)  *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 type ci-dessous* | O | P | N | NSP |  |  |
| Charcuteries préemballées  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Charcuterie tranchée au comptoir de charcuterie  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Saucisse  *Si oui, veuillez préciser le type ci-dessous* | O | P | N | NSP |  |  |
| Produits de viande séchée/fumée (p. ex. pepperettes, saucisse séchée, saucisson)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Pâté/viande à tartiner  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Agneau | O | P | N | NSP |  |  |
| Chèvre | O | P | N | NSP |  |  |
| Tout type de gibier ou de nourriture traditionnelle (p. ex. venaison, faisan, lièvre, caribou, phoque, cailles, orignal, bison)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Abats (p. ex. foie, rein, cœur)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Shawarma/donair/gyro | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre viande, excluant le poisson et les fruits de mer  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | 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 type 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 |  |  |
| Autres poissons (p. ex. truite, saumon cuits)  *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*  O  N  NSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Palourdes  *Si oui, mangées crues*  O  N  NSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Crevettes  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Si oui, mangées crues*  O  N  NSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Huîtres  *Si oui, mangées crues*  O  N  NSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Tout autre mollusque ou crustacé (p. ex. pétoncle, coque, crabe, écrevisse, homard)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Si oui, mangé cru*  O  N  NSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres fruits de mer ou produits d’algues  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **PRODUITS LAITIERS ET SUBSTITUTS LAITIERS** | | | | | | |
| Lait pasteurisé  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Lait non pasteurisé (cru)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Boisson végétale (p. ex. soja, amande, noix de coco, riz, noix de cajou, avoine)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Produits laitiers en poudre (p. ex. lait en poudre, évaporé Carnation, de marque Ovaltine) | O | P | N | NSP |  |  |
| Crème fouettée ou à fouetter | O | P | N | NSP |  |  |
| Crème sure | O | P | N | NSP |  |  |
| Crème glacée/gelato  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Desserts contenant du lait ou de la crème (p. ex. tartes/pâtisseries fourrées à la crème, pouding)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Yogourt | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres produits laitiers  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **FROMAGE** | | | | | | |
| Tout type de fromage  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous* | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage cheddar | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage mozzarella | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage parmesan | O | P | N | NSP |  |  |
| Gouda | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage feta | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromages à pâte molle comme le brie, le camembert.  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromages persillés comme le fromage bleu ou le gorgonzola  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage cottage, ricotta ou autres fromages frais  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage à base de lait de chèvre ou de brebis  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Tout autre fromage généralement vendu en bloc ou tranché à partir d'une meule (p. ex. emmental, jarlsberg, monterey jack, havarti, colby ou oka)  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage fondu (p. ex. fromage en tranches, fromage en lanières ou en bâtonnets, en pot)  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Tout fromage à base de lait non pasteurisé (cru)  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Substituts de fromage non laitiers  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| **ALIMENTS CONGELÉS** | | | | | | |
| Pizzas congelées | O | P | N | NSP |  |  |
| Pâtés congelés | O | P | N | NSP |  |  |
| Collations ou entrées congelées (p. ex. bâtonnets de fromage mozzarella, piments jalapeño farcis, frites)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres aliments congelés (p. ex. desserts, gaufres)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **NOIX ET GRAINES** | | | | | | |
| Noix consommées seules, en mélange, en beurre/tartinade ou dans un lait de noix fait maison, dans une barre granola, en garniture ou dans un plat  *Si oui, veuillez préciser le(s) type(s) ci-dessous :* | O | P | N | NSP |  |  |
| Arachides (excluant le beurre/tartinade d’arachides) | O | P | N | NSP |  |  |
| Amandes (excluant le beurre/tartinade d’amandes) | O | P | N | NSP |  |  |
| Noix de Grenoble | O | P | N | NSP |  |  |
| Noisettes/avelines (excluant le beurre/tartinade de noisettes) | O | P | N | NSP |  |  |
| Noix de cajou (excluant le beurre/tartinade de noix de cajou) | O | P | N | NSP |  |  |
| Pacanes | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres noix (p. ex. noix macadamia, noix du Brésil, pistaches, noix de pin)  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Pâte, beurre ou tartinade de noix (p. ex. Beurre/tartinade d’amandes ou Beurre/tartinade contenant des noisettes)  *Si oui, précisez* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O | P | N | NSP |  |  |
| Graines de tournesol | O | P | N | NSP |  |  |
| Graines de sésame | O | P | N | NSP |  |  |
| Tahini (beurre de sésame), halva ou autre produit fait de graines de sésame, y compris le houmous fait maison | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres graines  *If yes, specify:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **ALIMENTS SÉCHÉS/TRANSFORMÉS OU AUTRES** | | | | | | |
| Substituts de viande à base de plantes (p. ex. tofu, galettes ou hot-dogs végétariens)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Fruits séchés (p. ex. raisins, canneberges, abricots)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Croustilles ou bretzels  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres collations préemballées (p. ex. craquelins, biscuits, petits gâteaux)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Chocolat ou friandises contenant du chocolat  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Aliments ou breuvages contenant du cannabis comme ingrédient (p. ex. brownies ou autres pâtisseries, jujubes ou friandises, chocolat, huiles, thés, jus ou boissons gazeuses, etc.)  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Céréales à déjeuner froides  *Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Céréales chaudes (p. ex. gruau, crème de blé, flocons d’avoine)  *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 *Shigella* 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 |

**Notes/commentaires généraux :**