

Supplementary Material 1

Life-event calendar C-19

Day D0 = First symptom	Clinical History								Health care pathway								
	Cough	Asthenia	Anosmia	Fever	Dyspnea/ Chest discomfort	Headache	Saturation test	Desaturation (saturometer)	Willingness to test	Performing a PCR test	Had the result of a PCR/Ag test (specify the result))	Self- diagnosti c questionn aire	Clinical diagnosis	GP consultatio n (specify if Family practitione r or Emergenc y Services doctor with or without a physical examinatio n)	ED consultation	Phone call to Emergen cy Health Services	Hospi talizat ion
D0																	
D1																	
D2																	
D3																	
D4																	
D5																	
D6																	
D7																	
D8																	
D9																	

PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DU PATIENT

*** 2 Q1 Quel âge avez-vous ?**

- 📌 Votre réponse doit être comprise entre 18 et 100
- 📌 Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

 ans*** 3 Q2 Etes-vous :**

- 📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Un homme
- Une femme

*** 4 Q3 Vivez-vous seul(e) ?**

- Oui
- Non

*** 5 Q4 Quel est votre niveau d'étude ?**

- 📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Pas de diplôme
- CAP-BEP
- BAC
- BAC+2 ou plus

*** 6 Q5 Indiquez votre catégorie socio-professionnelle :**

- 📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle

*** 7 Q5a Vous êtes actuellement sans activité professionnelle.**

- 📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Vous avez déjà eu une activité professionnelle auparavant
- Vous n'avez jamais eu d'activité professionnelle

* 8 Q5b **Avant votre retraite, quelle était votre catégorie socio-professionnelle ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers

* 9 Q6 **Vous êtes en activité ou retraité(e).**

	Oui	Non
Etes-vous ou avez-vous été médecin ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercez-vous ou avez-vous exercé une profession paramédicale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 10 Q8 **Avez-vous, dans votre entourage (familial ou amical), une personne travaillant dans le milieu médical ou paramédical susceptible de vous conseiller ?**

- Oui
- Non

📌 Exemple : médecin, infirmier...

PROFIL SANTE

* 11 Q9 **Actuellement, avez-vous une maladie pour laquelle vous avez un traitement et/ou un suivi médical ?**

- Oui
- Non

*** 12 Q10 Indiquez les maladies que vous avez actuellement :**

Cochez la ou les réponses

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer en cours de traitement (quel que soit le type) | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sous dialyse | <input type="checkbox"/> Lupus érythémateux disséminé |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Sarcoidose |
| <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> Maladie de Horton |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Syndrome de Raynaud |
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique pulmonaire (BPCO et insuffisance respiratoire) | <input type="checkbox"/> Syndrome de Gougerot-Sjögren |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie | <input type="checkbox"/> Mutation du facteur de Leiden |
| <input type="checkbox"/> Hépatite chronique | <input type="checkbox"/> Maladie de Marfan |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Maladie d'Addison |
| <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique | <input type="checkbox"/> Maladie articulaire : rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil nécessitant de l'oxygène |
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

*** 13 Q11 Avez-vous eu une ou plusieurs maladies dans le passé ?** Oui Non*** 14 Q12 Indiquez la ou les maladies que vous avez eues dans le passé :**

Cochez la ou les réponses

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Cancer datant de plus de 5 ans |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> Anévrisme de l'aorte |
| <input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral (AVC) | <input type="checkbox"/> Anévrisme de la carotide |
| <input type="checkbox"/> Accident Ischémique Transitoire (AIT) | <input type="checkbox"/> Greffe d'organe |
| <input type="checkbox"/> Artérite oblitérante des membres inférieur | <input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde |
| <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> Phlébite |
| <input type="checkbox"/> Cancer datant de moins de 5 ans | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

* 15 Q12bis Vous avez eu un AVC dans le passé.

A ce jour, avez-vous des séquelles ?

Oui Non

* 16 Q13 Veuillez répondre aux questions suivantes sur votre profil :

	Oui	Non
Etes-vous immunodéprimé(e)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous des médicaments tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actuellement fumez-vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez-vous plus de 2 verres d'alcool par jour tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Une personne est immunodéprimée quand son système immunitaire ne fonctionne pas bien et qu'elle est donc plus vulnérable aux infections.

* 17 Q13a Combien de médicaments prenez-vous par jour ?

ⓘ Votre réponse doit être comprise entre 1 et 20

ⓘ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

médicaments par jour

* 18 Q13b Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

ⓘ Votre réponse doit être comprise entre 1 et 99

ⓘ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

cigarettes par jour

* 19 Q14 Indiquez :

ⓘ Seuls les nombres sont acceptés.

Votre taille (en cm)

Votre poids (en kg)

ⓘ Exemple : pour 1m60, indiquez 160cm.

* 20 Q15 Avez-vous un médecin traitant ?

Oui Non

* 21 Q16 Quelle relation de confiance avez-vous avec votre médecin traitant ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Excellente
- Normale
- Mauvaise
- Très mauvaise

22 Q17 **Avez-vous des difficultés à avoir un rendez-vous avec votre médecin traitant ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

* 23 Q18 **Au cours d'une année, combien de fois allez-vous consulter (hors contexte covid 19) ?**

	Une fois	Plusieurs fois	Jamais
Votre médecin traitant / Un médecin généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un médecin spécialiste (gynécologue, cardiologue...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un ostéopathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un homéopathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un naturopathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 24 Q19 **Durant les 5 dernières années, avez-vous eu des séjours hospitaliers (hors Covid-19) ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Non, aucun

📌 Un séjour = au moins une nuit à l'hôpital

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DE LA CONTAMINATION PAR LE COVID-19

* 25 Q20 **Vous avez découvert que vous aviez le COVID-19 :**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- A l'occasion d'un dépistage pour des raisons personnelles/administratives (voyage, travail, fête de famille...)
- A l'occasion d'un dépistage car vous étiez cas contact
- À la suite de l'apparition de symptômes

* 26 Q21 **Combien de jours, approximativement, se sont écoulés entre le résultat de votre test et les premiers symptômes ?**

📌 Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

j

* 27 Q22 **Avant de savoir que vous aviez le COVID-19, avez-vous réalisé, la semaine précédente, des tests de dépistage COVID qui se sont avérés négatifs ?**

- Oui Non

* 28 Q22a **Combien de tests, dont le résultat était négatif, avez-vous réalisés ?**

! Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

tests

* 29 Q22b **Parmi ces tests dont les résultats étaient négatifs, lesquels avez-vous réalisés ?**

! Cochez la ou les réponses

Test antigénique (en pharmacie)

Test PCR

Auto-test

N.B. : Questions 29, 30 et 31 identiques car conditionnelles selon le nombre de tests réalisés à Q22a

DELAI 1er SYMPTOME - HOSPITALISATION

* 32 Q0 **Combien de jours se sont écoulés entre l'apparition de votre 1er symptôme (J0) et votre hospitalisation pour COVID-19 ?**

! Votre réponse doit être comprise entre 1 et 16

! Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

j

! *Minimum* : 1 jour

Maximum : 16 jours

33 Q0conf **Vous avez été hospitalisé(e) jours après l'apparition du 1er symptôme (J0)**

! Si cette durée est erronée, modifier la réponse à la question précédente.

* 34 Q0a **Entre l'apparition du 1er symptôme (J0) et votre hospitalisation (J), étiez-vous en période d'isolement ailleurs qu'à votre domicile (hôtel, centre de vacances...)?**

Oui Non

N.B. : Questions 35 à 38 de type équationnelles avec code JavaScript, invisibles à l'écran

SYMPTÔME INITIAL (J0)

* 39 QTEST02 Selon vous, quel symptôme est apparu en **premier** (J0) ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Veillez choisir ...

- Perte de gout ou d'odorat
- Toux / mal de gorge
- Fièvre modérée (38 à 40°)
- Fièvre intense (supérieure à 40°)
- Céphalées modérées (maux de tête)
- Céphalées intenses
- Nausées modérées
- Nausées intenses empêchant l'alimentation
- Diarrhée
- Difficultés à respirer
- Difficultés à respirer intense (sensation d'étouffer)
- Courbatures
- Fatigue modérée
- Fatigue intense (difficulté à se déplacer, s'alimenter)
- Perte de connaissance
- Confusion

SYMPTÔMES

* 40 QTEST11 Sélectionnez **tous les symptômes** que vous avez eus, depuis l'apparition du **1er symptôme (J0)** jusqu'à votre hospitalisation (J) :

Rappel de votre 1er symptôme à J0 :

ⓘ Cochez la ou les réponses

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perte de gout ou d'odorat | <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer |
| <input type="checkbox"/> Toux / mal de gorge | <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer intense (sensation d'étouffer) |
| <input type="checkbox"/> Fièvre modérée (38 à 40°) | <input type="checkbox"/> Courbatures |
| <input type="checkbox"/> Fièvre intense (supérieure à 40°) | <input type="checkbox"/> Fatigue modérée |
| <input type="checkbox"/> Céphalées modérées (maux de tête) | <input type="checkbox"/> Fatigue intense (difficulté à se déplacer, s'alimenter) |
| <input type="checkbox"/> Céphalées intenses | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance |
| <input type="checkbox"/> Nausées modérées | <input type="checkbox"/> Confusion |
| <input type="checkbox"/> Nausées intenses empêchant l'alimentation | <input type="checkbox"/> Désaturation (inférieure à 90) par oxymètre de pouls*/prise de sang |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | |

ⓘ *Oxymètre de pouls :



* 41 QTEST14 Indiquez le **jour d'apparition** de chacun de ces symptômes et la **durée* de chacun d'entre eux, depuis l'apparition du 1er symptôme (J0), jusqu'à votre hospitalisation (J)** pour COVID-19 :

RAPPEL de votre 1er symptôme à J0 :

* Pour indiquer la durée, cochez le nombre de cases qui correspondent à la durée du symptôme (exemple ci-dessous)

	J0
Perte de gout ou d'odorat	<input type="checkbox"/>
Toux / mal de gorge	<input type="checkbox"/>
Fièvre modérée (38 à 40°)	<input type="checkbox"/>
Fièvre intense (supérieure à 40°)	<input type="checkbox"/>
Céphalées modérées (maux de tête)	<input type="checkbox"/>
Céphalées intenses	<input type="checkbox"/>
Nausées modérées	<input type="checkbox"/>
Nausées intenses empêchant l'alimentation	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>
Difficultés à respirer	<input type="checkbox"/>
Difficultés à respirer intense (sensation d'étouffer)	<input type="checkbox"/>
Courbatures	<input type="checkbox"/>
Fatigue modérée	<input type="checkbox"/>
Fatigue intense (difficulté à se déplacer, s'alimenter)	<input type="checkbox"/>
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>
Confusion	<input type="checkbox"/>
Désaturation (inférieure à 90) par oxymètre de pouls*/prise de sang	<input type="checkbox"/>

Exemple :

J'ai été hospitalisé à J6, soit 6 jours après l'apparition de mon 1er symptôme (J0).

J'ai eu de la toux à J0, **pendant 4 jours**, puis des difficultés à respirer de J4 à J6 (**durée totale de 3 jours**).

Enfin, j'ai eu **4 jours** de courbatures, à J0 et J1, puis de nouveau de J5 à J6.

	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6
Toux / mal de gorge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à respirer intense (sensation d'étouffer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Courbatures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RECOURS ACTES ET SERVICES

* 42 QTEST21 Parmi ces propositions, sélectionnez tous les actes / services auxquels vous avez eu recours, depuis l'apparition du symptôme initial (J0) jusqu'à votre hospitalisation (J) :

🔑 Cochez la ou les réponses

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Réalisation(s) test(s) antigénique(s) | <input type="checkbox"/> Consultation dans un centre de santé |
| <input type="checkbox"/> Réalisation(s) test(s) PCR | <input type="checkbox"/> Consultation IHU |
| <input type="checkbox"/> Résultat(s) test(s) antigénique(s) | <input type="checkbox"/> Consultation CHU Nice |
| <input type="checkbox"/> Résultat(s) test(s) PCR | <input type="checkbox"/> Consultation SOS Médecins |
| <input type="checkbox"/> Consultation médecin généraliste en cabinet | <input type="checkbox"/> Consultation au service d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Appel médecin généraliste pour conseil | <input type="checkbox"/> Appel SAMU (15) |
| <input type="checkbox"/> Téléconsultation médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Appel Pompiers (18) |

* 43 Q1J14 Veuillez indiquer les différents actes et services que vous avez utilisés, depuis l'apparition du 1er symptôme (J0) jusqu'à votre hospitalisation (J) :

	J0
Réalisation(s) test(s) antigénique(s)	<input type="checkbox"/>
Réalisation(s) test(s) PCR	<input type="checkbox"/>
Résultat(s) test(s) antigénique(s)	<input type="checkbox"/>
Résultat(s) test(s) PCR	<input type="checkbox"/>
Consultation médecin généraliste cabinet	<input type="checkbox"/>
Appel médecin généraliste pour conseil	<input type="checkbox"/>
Téléconsultation médecin généraliste	<input type="checkbox"/>
Consultation dans un centre de santé	<input type="checkbox"/>
Consultation IHU	<input type="checkbox"/>
Consultation CHU Nice	<input type="checkbox"/>
Consultation SOS Médecins	<input type="checkbox"/>
Consultation au service d'urgence	<input type="checkbox"/>
Appel SAMU (15)	<input type="checkbox"/>
Appel Pompiers (18)	<input type="checkbox"/>

🔑 Exemple :

J'ai fait un test PCR à J0, et j'ai eu les résultats le lendemain, à J1.

J'ai pris un RDV avec mon médecin généraliste à J3, puis un autre RDV à J7.

Enfin, j'ai appelé le SAMU à J9, le jour de mon hospitalisation.

	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9
Recours aux tests PCR	☑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultats du test PCR	<input type="checkbox"/>	☑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise RDV consultation médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appel SAMU (15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☑

TRAITEMENT / EXAMENS / BILANS

44 QTEST32 **Sélectionnez tous les traitements / examens / bilans que vous avez eus, depuis l'apparition du 1er symptôme (J0) jusqu'à votre hospitalisation (J) :**

📌 Cochez la ou les réponses

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Oxygène à domicile ou en service d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Vitamine D |
| <input type="checkbox"/> Bilan biologique réalisé | <input type="checkbox"/> Zinc |
| <input type="checkbox"/> Corticoïdes | <input type="checkbox"/> Protocole IHU / Protocole "Raoult" |
| <input type="checkbox"/> Paracétamol (Doliprane, Dafalgan, Efferalgan) | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Examen radiologique/Scanner réalisé | |

*45 QTEST33 **Indiquez, parmi les traitements / examens / bilans sélectionnés, le début et la durée de chacun d'entre eux, depuis l'apparition du symptôme initial (J0) jusqu'à votre hospitalisation (J) :**

	J0
Antibiotiques	<input type="checkbox"/>
Anticoagulants	<input type="checkbox"/>
Bilan biologique réalisé	<input type="checkbox"/>
Corticoïdes	<input type="checkbox"/>
Paracétamol (Doliprane, Dafalgan, Efferalgan)	<input type="checkbox"/>
Examen radiologique/Scanner réalisé	<input type="checkbox"/>
Oxygène à domicile ou en service d'urgence	<input type="checkbox"/>
Vitamine D	<input type="checkbox"/>
Zinc	<input type="checkbox"/>
Protocole IHU / Protocole "Raoult"	<input type="checkbox"/>

📌 Exemple :

J'ai pris du Paracétamol dès l'apparition des symptômes à J0, jusqu'à J2, puis de J5 à J6 (durée totale de traitement de 5j).

J'ai ensuite pris de la Vitamine D à J1, J3 et J5 (donc pendant 3 jours).

Enfin, j'ai réalisé un bilan biologique à J4.

	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6
Bilan biologique réalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracétamol (Doliprane, Dafalgan,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vitamine D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 46 QTEST34 Parmi les traitements suivants, indiquez s'ils ont été pris :

	Sur prescription médicale	En automédication
Antibiotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corticoides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paracétamol (Doliprane, Dafalgan, Efferalgan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamine D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

📌 **Automédication** : utilisation, hors prescription médicale, de médicaments.

PRISE EN CHARGE

* 47 Q23 Durant la période où vous aviez le Covid et que vous étiez à votre domicile, étiez-vous accompagné(e) (prise de nouvelles, visites régulières, appels...)?

Oui Non

* 48 Q24 Qu'est-ce qui a déclenché votre hospitalisation ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

📌 Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Médecin généraliste
- Votre médecin traitant
- Appel SOS médecin/Pompier
- Après une consultation d'urgence
- Ma famille
- Moi-même
- Mes ami(e)s
- Autre :

* 49 Q24b Selon vous, avant de contracter le Covid, comment jugeriez-vous votre comportement pour éviter la contamination ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Extrêmement prudent
- Très prudent
- Moyennement prudent
- Ni prudent ni imprudent
- Moyennement imprudent
- Très imprudent
- Extrêmement imprudent

* 50 Q25 **Selon vous, avant de vous faire hospitaliser :**

	Oui	Non
Avez-vous eu conscience de la gravité de votre état de santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous rencontré des difficultés pour voir un médecin ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous rencontré des difficultés pour vous faire soigner ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 51 Q26 **Avec le recul, quel est votre niveau de satisfaction concernant votre prise en charge médicale avant d'être hospitalisé(e) ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Ni satisfait, ni insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait
- Non concerné

* 52 Q0a3 **Vous avez été hospitalisé(e) pour Covid-19 :**

📌 Cochez la ou les réponses

- A l'IHU de Marseille
- Au CHU de Nice

* 53 Q0a4 **Quand avez-vous été hospitalisé(e) ?**

Format : mm/yyyy

📌 Indiquez le mois et l'année

* 54 Q0b **Combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) pour cet épisode de Covid-19 ?**

📌 Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

 j

* 55 Q0c **Au cours de votre séjour à l'hôpital, vous étiez en :**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Réanimation
- Soins intensifs
- Aucun de ces choix

* 56 Q27 **Après votre hospitalisation, avez-vous fait un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ?**

- Oui
- Non

* 57 Q28 Lorsque vous êtes rentré(e) à votre domicile, avez-vous eu besoin :

	Oui	Non
D'oxygène à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De rééducation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 58 Q29 Par rapport aux hommes/femmes de votre âge, vous pensiez que votre risque d'attraper le Covid était :

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Veillez choisir ...

- Beaucoup moins important que pour les autres hommes/femmes de mon âge
- Moins important que pour les autres hommes/femmes de mon âge
- Ni plus ni moins important que pour les autres hommes/femmes de mon âge
- Plus important que pour les autres hommes/femmes de mon âge
- Beaucoup plus important que pour les autres hommes/femmes de mon âge

* 59 Q30 Actuellement, avez-vous toujours des séquelles du Covid ?

Oui Non

* 60 Q30bis Quelles séquelles avez-vous ?

ⓘ Cochez la ou les réponses

- Physiques (difficulté à respirer, fatigue)
- Neurologiques (perte de mémoire, troubles de la concentration)
- Psychologiques (dépression, anxiété)
- Troubles du sommeil, insomnies
- Autre :

* 61 Q31 Depuis la fin de votre hospitalisation :

	Oui	Non
Avez-vous repris votre vie comme avant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous à nouveau été infecté(e) par le Covid-19 ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62 Q32 Avez-vous des remarques / informations complémentaires à faire sur votre parcours pré-hospitalier ?