

Supplementary material: Questionnaires – S2

Questionnaires (French version p. 8) developed to collect information on cat- and household-level characteristics and management, and about clinical signs in cats. Questionnaire 1 was used during the first visit within 15 days of the confirmation of the index case, and the Questionnaire 2 was used for subsequent visits.

English version – Questionnaire 1: Transmission dynamics of SARS-CoV-2 in household pets: a one health approach in British Columbia and Quebec

A. Household information

Date interview completed: DD/MM/YYYY Interviewer Name: _____
Household ID: _____
Who is providing information? <input type="checkbox"/> Index COVID-19 case <input type="checkbox"/> Other, specify name: _____ Relationship to index case: _____
How many people are currently living in the household? _____
How many pets belong to the household? (include service animals and any animals that primarily live outside if the household members consider them “pets” and interact with them regularly). <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> cats # _____ <input type="checkbox"/> dogs # _____ <input type="checkbox"/> other (list) _____

B. COVID-19 case information

How many people in the household have COVID-19? _____
For the first (index) case in the household: Age: _____ Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other
Relationship to household pet(s): _____
Date of onset of clinical signs: dd/mm/yy <input type="checkbox"/> N/A because no clinical signs Date of diagnosis: dd/mm/yy
Clinical signs: <input type="checkbox"/> no clinical signs
<input type="checkbox"/> fever start date: dd/mm/yy end date: dd/mm/yy

C. Household cat information (complete this set of questions for each pet)

1. Cat's name: _____ Animal ID: _____
 a. Primary caretaker of [PET NAME]: _____ Index COVID-19 case Other

 b. Breed of cat: _____
 c. Age of cat (years/months): _____ years or months (circle one)
 d. Sex of cat: Male Female
 .Has [PET NAME] been spayed/neutered: Yes No

2. Does [PET NAME] have any current health conditions: Yes No
 a. If yes, please describe these health conditions or illnesses including when they started:

Condition	Date Started	Medications or supplement for the condition

b. Please describe any other medications or supplements that [PET NAME] takes.

3. On a regular day **on the week before** [index COVID-19 CASE] was diagnosed or first showed clinical signs of COVID-19, how many days a week, how long per day, and what types of interaction/contact did [COVID-19 CASE] usually have with [PET NAME]?

Types of interaction/contact with pet	Number of days per week	Average daily duration of interaction/contact (hours or minutes)
<input type="checkbox"/> petting		
<input type="checkbox"/> cuddling (e.g. holding in arms or carrying)		
<input type="checkbox"/> letting lick face or hands		
<input type="checkbox"/> cleaning litter box		

<input type="checkbox"/> brushing or cleaning cat		
<input type="checkbox"/> cat sleeping on you		
<input type="checkbox"/> cat rests or sleeps in same bedroom		
<input type="checkbox"/> cat rests or sleeps in same bed		
<input type="checkbox"/> feeding by hand (e.g giving treats)		
<input type="checkbox"/> Other (please describe)		

If there is more than one animal in the house: no other animals in the household

4. On a regular day **on the week before** [index COVID-19 CASE] was diagnosed or first showed clinical signs of COVID-19, how many days a week, how long per day, and what types of interaction/contact did [PET Name] usually have with other animals?

Types of interaction/contact between pets	Number of days per week	Average daily duration of interaction/contact (hours or minutes)
<input type="checkbox"/> playing		
<input type="checkbox"/> resting/sleeping together		
<input type="checkbox"/> licking/grooming each other		
<input type="checkbox"/> eating from the same food bowl		

<input type="checkbox"/> Other (please describe)		
--	--	--

5. On a regular day **in the week after** [COVID-19 CASE] was diagnosed or first showed clinical signs, how many days a week, how long per day and what types of interaction/contact did [COVID-19 CASE] usually have with [PET NAME]?

Types of interaction/contact with pet	Number of days per week	Average daily duration of interaction/contact (hours or minutes)
<input type="checkbox"/> petting		
<input type="checkbox"/> cuddling (e.g. holding in arms or carrying)		
<input type="checkbox"/> letting lick face or hands		
<input type="checkbox"/> cleaning litter box		
<input type="checkbox"/> brushing or cleaning cat		
<input type="checkbox"/> cat sleeping on you		
<input type="checkbox"/> cat rests or sleeps in same bedroom		
<input type="checkbox"/> cat rests or sleeps in same bed		
<input type="checkbox"/> feeding by hand (e.g giving treats)		
<input type="checkbox"/> Other (please describe)		

6. Was [COVID-19 CASE] wearing any personal protective equipment (e.g. gloves or a cloth face covering)?

Yes No

If yes, please describe: _____

7. **Prior to** [index COVID-19 case] being diagnosed or began showing clinical signs did [PET NAME] reside: indoors, outdoors or both?

a. If both, what percent of time is spent indoors? _____ %

b. If outdoors or both, does [PET NAME] go outside the limit of the household (beyond the yard)?

c. If outdoors, on average how many people does [PET NAME] interact with other than members of the household? _____

d. Is [PET NAME] allowed anywhere in the house or restricted to certain areas? _____

e. If restricted, specify where:

8. On a regular day **in the week after** [index COVID-19 case] was diagnosed or began to show clinical signs did [PET NAME] reside: indoors, outdoors or both?

a. If both, what percent of time is spent indoors? _____ %

b. If outdoors or both, does [PET NAME] go outside the limit of the household (beyond the yard)?

c. If outdoors, on average how many people does [PET NAME] interact with other than members of the household? _____

d. Was [PET NAME] allowed anywhere in the house or restricted to certain areas? _____

e. If restricted, specify where:

9. On a regular day **in the week after** [index COVID-19 case] was diagnosed or began to show clinical signs, how many days a week, how long per day, and what types of interaction/contact did [PET NAME] usually have with other household pets? Not applicable, no other household pets

Types of interaction/contact between pets	Number of days per week	Average daily duration of interaction/contact (hours or minutes)
<input type="checkbox"/> playing together		
<input type="checkbox"/> resting/sleeping together		
<input type="checkbox"/> licking/grooming each other		
<input type="checkbox"/> eating from the same food bowl		
<input type="checkbox"/> Other (please describe)		

10. Since [COVID-19 case] was diagnosed, has this pet developed any new health condition (mark all that apply and indicate start date and duration of symptoms)?

- Coughing Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy
- Runny nose Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy
- Sneezing Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy
- Vomiting Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy
- Difficulty breathing or shortness of breath Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy
- Diarrhea Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy
- Lethargy Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy
- Other (please describe): _____
- Start date: dd/mm/yy End date: dd/mm/yy

11. Is there any additional information you think we should know about [PET NAME]?

a. If Yes, please describe:

12. Do you consent to the collection of samples from [PET NAME] on 2 occasions, 10 days apart?

You have the right to withdraw consent at any time. The samples that will be collected from [PET NAME] are:

- Blood sample
- Nasal swab
- Oral swab
- Rectal swab

Yes No

Version française – Questionnaire 1 – Étude COVID chats

Date de l'entrevue:

Nom de l'enquêteur:

Informations sur le foyer

1. Numéro d'identification du foyer:

2. Qui fournit l'information?

Cas de COVID-19 confirmé

Autre, lien avec le cas confirmé: _____

3. Combien de personnes vivent dans ce foyer présentement? _____

4. Ce foyer comporte combien d'animaux de compagnie? (incluant les animaux d'assistance et aussi tous les animaux qui vivent principalement à l'extérieur si les membres du foyer les considèrent comme des animaux de compagnie et qu'ils interagissent avec eux régulièrement)

aucun

chats # _____

chiens # _____

autre (préciser) _____

Informations sur les personnes infectées par la COVID-19 dans le foyer

5. Combien de personnes dans ce foyer sont positives à la COVID-19? _____

Premier cas confirmé [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] - Si plus d'un cas confirmé : Compléter à nouveau les questions 7 à 11 pour chacun des cas.

6. Quelle est l'année de naissance de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ]? _____

7. Son genre?

Homme

Femme

Autre

8. La date de son diagnostic (confirmation du test positif)?:

9.1 Êtes-vous vaccinés contre la COVID-19 ? :

- Oui, 1 dose
- Oui, 2 doses
- Non

Précisez le type de vaccin :

10. [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] a-t-il eu des symptômes qui peuvent être attribuables à la COVID-19 jusqu'à présent?

- Aucun signe clinique
- Fièvre - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Toux - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Difficultés respiratoires ou essoufflement - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Perte de l'odorat et du goût - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Fatigue intense - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Diarrhée ou vomissements - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Autres (veuillez préciser): _____ - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa

11. *Le jour de l'échantillonnage* : [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] a-t-il des symptômes attribuables à la COVID-19 aujourd'hui?

- Aucun signe clinique
- Fièvre
- Toux
- Difficultés respiratoires ou essoufflement
- Perte de l'odorat et du goût
- Fatigue intense
- Diarrhée ou vomissements
- Autres (veuillez préciser): _____

Information sur le chat du foyer (compléter ces questions pour chaque chat)

12. Nu. d'identification de l'animal:

13. Quel est le nom de l'animal?

14. Son âge (ans/mois):

15. Son sexe ? : Mâle Femelle

16. Sa race?

17. Est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] est stérilisé? : Oui Non

18. Est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] a un ou des problème(s) de santé connu(s): Oui Non

Si oui, veuillez décrire ce(s) problème(s) de santé ou maladie(s), incluant la date de leur début et tout médicament ou supplément actuellement utilisé pour traiter ce problème.

Problème de santé	Date du début	Médicament ou supplément pour traiter ce problème

19. Veuillez mentionner tout autre médicament ou supplément que vous donnez à [NOM DE L'ANIMAL].

20. Au cours des 2 dernières semaines, quel % de son temps [NOM DE L'ANIMAL] a-t-il passé à l'extérieur? _____%.

Section portant sur les 7 jours précédant le diagnostic positif de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ]

21. **Au cours des 7 jours précédant le diagnostic positif** de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ], combien y a-t-il eu de jours où il y a eu ce type de contacts avec [NOM DE L'ANIMAL]?

	Nombre de jours parmi les 7 jours
Caresser ou prendre l'animal dans ses bras	
Prendre l'animal dans ses bras	
Laisser l'animal lui lécher le visage ou les mains	
Nettoyer la litière de l'animal	

Brossez ou nettoyez l'animal	
Laissez le chat dormir sur soi	
Laisser le chat passer du temps dans la même pièce	
Nourrir à la main (ex. donner des gâteries)	
Autre contact (précisez; ex. donner de la nourriture de table qu'une personne infectée aurait touché) :	

Si plus d'un animal dans le foyer :

23. **Au cours des 7 jours précédant le diagnostic positif** de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ], combien y a-t-il eu de jours où [NOM DE L'ANIMAL] interagissait avec vos autres animaux de compagnie?

	Nombre de jours parmi les 7 jours
Jouer ensemble	
Dormir/se reposer ensemble	
Lavage et léchage mutuel	
Contact avec l'urine ou les fèces des autres animaux	
Partager de la nourriture dans un même bol (en même temps? Oui / Non)	
Autre contact (précisez) :	

25. Est-ce que [CAS DE COVID-19] a changé le type de contact qu'il a avec [NOM DE L'ANIMAL] **suivant son diagnostic positif?**

Si Oui : poursuivre

Si Non : sauter à la question 28

→ 28. Pendant ces interactions, [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] portait-il alors un équipement de protection individuelle (ex. gants ou couvre-visage)?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

29. Avant ces interactions, [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] se lave-t-il toujours les mains?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

30. **Depuis la confirmation du diagnostic** de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ], est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] est libre de circuler à l'extérieur?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

31. **Depuis la confirmation du diagnostic** de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ], est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] est libre de circuler dans la maison ou est-il confiné à certaines parties de la maison?

S'il est confiné, spécifier l'endroit: _____

32. **Depuis la confirmation du diagnostic** de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ], est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] a accès à la cuvette des toilettes (pour s'abreuver par exemple)?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

33. **Depuis la confirmation du diagnostic** de [CAS DE COVID-19 INDEXÉ], est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] a développé de nouveaux problèmes de santé (cocher tout ce qui s'applique et noter la date de début, de fin et la durée des signes)?

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toux | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Écoulements nasaux | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires/essoufflement | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Éternuements | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse (léthargie) | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez décrire): _____ | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |

34. Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de [NOM DE L'ANIMAL]? (Est-ce que l'animal a été en contact avec des gens de l'extérieur, des gens vulnérables, fait de la zoothérapie normalement, autres?)

Questionnaire 2 – Étude COVID chats

Date de l'entrevue:

Nom de l'enquêteur:

Informations sur le foyer

1. Numéro d'identification du foyer:

2. Qui fournit l'information?

Cas de COVID-19 confirmé

Autre, lien avec le cas confirmé: _____

3. **Depuis notre première visite**, y a-t-il eu des changements dans le nombre de personnes qui vivent dans ce foyer présentement? __ _____

4. **Depuis notre première visite**, y a-t-il eu des changements dans le nombre d'animaux de compagnie qui vivent dans ce foyer? (incluant les animaux d'assistance et aussi tous les animaux qui vivent principalement à l'extérieur si les membres du foyer les considèrent comme des animaux domestiques et qu'ils interagissent avec eux régulièrement)

aucun

chats # _____

chiens # _____

autre (préciser) _____

Informations sur les personnes infectées par la COVID-19 dans le foyer

5. **Depuis notre première visite**, y a-t-il des personnes additionnelles dans ce foyer qui ont reçu un diagnostic de COVID-19? _____

Si non, compléter seulement pour le premier cas confirmé (cas index) et sauter les questions 7 à 11)

6. **Depuis notre première visite** [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] a-t-il eu des symptômes qui peuvent être attribuable à la COVID-19 à la COVID-19?

- Aucun signe clinique
- Fièvre - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Toux - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Difficultés respiratoires ou essoufflement - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Perte de l'odorat et du goût - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa :
- Fatigue intense - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Diarrhée ou vomissements - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa
- Autres (veuillez préciser): _____ - Date de début: jj/mmm/aa Date de fin: jj/mmm/aa

7. *Le jour de l'échantillonnage* : [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] a-t-il des symptômes attribuables à la COVID-19 aujourd'hui?

- Aucun signe clinique
- Toux
- Écoulements nasaux
- Éternuements
- Difficultés respiratoires ou essoufflement
- Diarrhée
- Vomissements
- Léthargie
- Autres (veuillez préciser): _____

Information sur le chat du foyer (*compléter ces questions pour chaque chat*)

8. **Depuis notre dernière visite**, est-ce que les personnes infectées par la COVID-19 ont changé la fréquence et le type de contact avec [NOM DE L'ANIMAL]?

- Oui
- Non

→ 9. **Depuis notre visite, pendant ces interactions**, [CAS DE COVID-19] portait-il un équipement de protection individuelle (ex. gants ou couvre-visage)?

- Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

10. **Depuis notre dernière visite, avant ces interactions,** [CAS DE COVID-19 INDEXÉ] se lave-t-il toujours les mains?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

11. **Depuis notre dernière visite,** est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] est libre de circuler à l'extérieur?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

12. **Depuis notre dernière visite,** est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] est libre de circuler dans la maison ou est-il confiné à certaines parties de la maison? _____ S'il est confiné, spécifier l'endroit: _____

13. **Depuis notre dernière visite,** est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] a accès à la cuvette des toilette (pour s'abreuver par exemple)?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

Si plus d'un animal dans le foyer :

14. **Depuis notre dernière visite,** combien y a-t-il eu de jours où [NOM DE L'ANIMAL] interagissait avec les autres animaux domestiques de la maison pour (...)?

	Nombre de jours parmi les 7 jours
Jouer ensemble	
Dormir/se reposer ensemble	
Lavage et léchage mutuel	
Contact avec l'urine ou les fèces des autres animaux	

Partager de la nourriture dans un même bol (en même temps? Oui / Non)	
Autre contact (précisez) :	

→ 15. **Depuis notre dernière visite**, est-ce que [NOM DE L'ANIMAL] a développé de nouveaux problèmes de santé (cocher tout ce qui s'applique et noter la date de début, de fin et la durée des signes)?

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toux | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Écoulements nasaux | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires/essoufflement | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Éternuements | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse (léthargie) | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez décrire): _____ | Date de début: jj/mmm/aa | Date de fin: jj/mmm/aa |

16. Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir ou qui ont changé depuis notre dernière visite au sujet de [NOM DE L'ANIMAL]?