

TRADUCTION QUESTIONNAIRE

- Have you received any dose of any Covid-19 vaccine yet ?

Avez-vous déjà été vacciné ? oui - non

- Did you ever test positive for COVID-19 (Coronavirus)? yes- no

Avez-vous déjà été testé positif au Covid ? oui – non

- Which vaccine did you take?

Quel vaccin avez-vous eu ? (choix liste)

- How many doses have you received ?

Combien de doses avez-vous eues ? (choix 1 ou 2)

- On which date did you received the first dose of the vaccine ?

A quelle date avez-vous reçu la première dose ?(indiquer la date)

- Did you experience any minor (mild) symptoms within 7 days of vaccination? (1st or 2nd dose) – choose multiple if more than 1 symptoms.

Minor symptoms are the ones that resolve within few days with or without medication.

Avez vu eu des effets secondaires légers 7 jours après votre vaccination (que ce soit la première ou la 2ème).

Choix multiple en cas de plusieurs effets secondaires. Des effets secondaires mineurs disparaissent en quelques jour avec ou sans médicaments.

↓

None- I did not develop any symptoms after vaccination / **je n'ai eu aucun effet secondaire**

Injection site (arm) pain and soreness / **douleur au point d'injection**

Muscle pain in all arms and legs / **muscles douloureux bras et jambes**

Body ache / **mal partout (douleur dans le corps entier)**

Fever / **fièvre**

Chills /**frissons**

Nausea/Vomiting / **nausées/vomissements**

Headache / **mal de tête**

Rash /**éruption cutanée**

Fatigue /**Fatigue**

Diarrhoea / **Diahrées**

Abdominal pain / **douleurs abdominales**

High pulse rate or palpitations / **augmentation du rythme cardiaque ou palpitations**

Rise in blood pressure / **augmentation de la pression artérielle**

Fainting / **Evanouissement, syncope**

Difficulty in breathing / **difficulté à respirer**

Dizziness / **Etourdissements**

Chest pain / **douleurs thoraciques**

Other (please specify) / **Autre (veuillez spécifier SVP)**

- Did you experience any major (severe) symptoms within 7 days of vaccination? (1st or 2nd dose) – choose multiple if more than 1 symptom.

Avez vu eu des effets secondaires sévères 7 jours après votre vaccination (que ce soit la première ou la 2ème).

Choix multiple en cas de plusieurs effets secondaires.

↓

None / **Aucun**

Anaphylaxis (shock) / **choc anaphylactique**

Marked difficulty in breathing / **importantes difficultés à respirer**

Tongue swelling or throat closure / **grossissement (inflammation) de la langue ou obstruction de la gorge**

Severe diffuse body rash (hives) / **grave éruption cutanée sur tout le corp (urticaire)**

Required hospitalisation / **vous avez dû être hospitalisé**

Other severe symptoms (please specify) / **autres symptômes (précisez SVP)**

- Do you have any of following autoimmune conditions? (multiple answers)

Avez- vous une ou plusieurs de ces maladies auto-immune (choix multiple) ?

↓

No autoimmune disease / **pas de maladie auto-immune**

Dermatomyositis / **dermatomyosite**

Polymyositis / **polymyosite**

Inclusion Body Myositis / **Myosite à inclusions**

Anti-synthetase syndrome / **Syndrome des anti-synthétases**

Necrotizing myositis / **myosite nécrosante**

Juvenile dermatomyositis / **dermatomyosite juvénile**

Mixed Connective Tissue Disease (MCTD) / **Connectivités mixtes**

Overlap Myositis with lupus or Sjogren or Systemic sclerosis or Rheumatoid arthritis / myosite de chevauchement avec lupus ou syndrome de Sjogren ou sclérodermie ou polyarthrite rhumatoïde

Systemic Sclerosis (scleroderma) / **Sclérodermie**

Sjogren syndrome / **syndrome de Sjogren**

Rheumatoid Arthritis / **polyarthrite rhumatoïde**

Vasculitis / **vascularite**

Systemic lupus erythematosus (lupus) / **Lupus systémique**

Ankylosing Spondylitis or Psoriatic arthritis / **Spondylarthrite ankylosante ou arthrite psoriasique**

Crohn's disease or ulcerative colitis (Inflammatory bowel disease/IBD) / **maladie de Crohn ou maladie inflammatoire de l'intestin MICI**

Multiple sclerosis / **sclérose en plaques**

Myasthenia gravis / **myasthénie grave**

Pernicious anemia / **anémie pernicieuse**

Hemolytic anemia / idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) / **Anémie hémolytique / purpura thrombopénique idiopathique (ITP)**

Thyroid (Hypothyroid or hyperthyroid) / **Pbm de thyroïde (hypo ou hyperthyroïdie)**

Type 1 Diabetes / **diabète de type 1**

Polymyalgia Rheumatica (PMR) / **polymyalgie rhumastismale**

Other autoimmune disease (please specify) / **autre maladie auto-immune (précisez)**

- Who confirmed your autoimmune disease diagnosis ?

Qui a posé le diagnostic de votre maladie auto-immune ?

↓

Rheumatologist / **rhumatologue**

Neurologist / **neurologue**

Dermatologist / **dermatologue**

Hematologist / **hématologue**

Physician/Medicine doctor (internal medicine, Internist) / **interniste ou spécialiste de médecine interne**

Primary care physician (PC), or family doctor or general practioner (GP). / **urgentiste ou généraliste**

Other doctor (specify) / **autre médecin (précisez)**

- In which year were you diagnosed with autoimmune disease ?

En quelle année vous a-t-on posé le diagnostic de votre maladie auto-immune ? (choisir l'année)

- Did you have any of the following symptoms in 4 weeks before (prior to) your 1st dose of Covid-19 vaccine. Mark only significant symptoms that affected your day-to-day life.

(multiple answers)

4 semaine avant votre première dose, aviez-vous les symptômes suivant ? Indiquez les symptômes les plus significatif qui affectent votre quotidien (choix multiple)

↓

I did not have any symptoms / **je n'avais pas de symptômes**

Rashes / **éruption cutanée (rash)**

Muscle weakness / **faiblesse musculaire**

Joint pain or swelling in hands / **douleurs articulaires ou gonflement (inflammation) au niveau des mains**

Joint pain or swelling of other joints / **idem au niveau des autres articulations**

Raynaud's (blue, or white discolouration with or without pain in the fingers on exposure to cold) / **Syndrome de**

Raynaud ((décoloration bleue ou blanche avec ou sans douleur dans les doigts en cas d'exposition au froid)

Fingertip ulcers or pits / **ulcères ou crevasses au bout des doigts**

Shortness of breath / **difficultés à respirer**

Chest pain / **douleur thoracique**

Difficulty in swallowing / **difficulté à avaler**

Fever / **fièvre**

Fatigue / **fatigue**

Dry eyes / **sécheresse oculaire**

Dry mouth / **sécheresse buccale**

Oral or nasal ulcers (sores) / **ulcération (plaie) buccale ou nasale**

Skin thickening of hands and other areas (if scleroderma) / **épaississement de la peau au niveau des mains ou à d'autres endroits (si sclérodémie)**

Severe loss of hair or in bald spots / **perte sévère de cheveux ou calvitie**

Headache due to disease / **migraine due à la maladie auto-immune**

(suite)

Active kidney disease from autoimmune disease / **maladie rénale causée par la maladie auto-immune** Elevated muscle enzyme in blood (high CK or creatine kinase level) / **CPK élevés**

Elevated inflammatory markers in blood (high ESR or CRP) / **CRP élevés**

Other (specify) / **Autre (spécifiez)**

- What kind of rashes did you notice?

Quel genre d'atteinte cutanée avez-vous ?

↓

I didn't have any rashes / **je n'ai pas d'atteinte cutanée**

Red rash around the eyes / **rougeurs autour des yeux**

Red rashes on the knuckles / **rougeur autour des articulations des doigts**

Rashes on the knees / **rougeurs autour des genoux**

Rashes on the thighs or/and hips / **rougeur autour des hanches**

Red rash on the cheeks / **rougeur sur les joues**

Red rash in the V area of the chest / **rougeurs en V sur le décolleté**

Red rashes on the outside of arms and/or forearm / **rougeur sur l'extérieur du bras et/ou de l'avant bras**

Mechanic's hand (rough thick scaly skin on the fingers) / **mains de mécanicien (épaississement cutané au niveau des doigts)**

Other (**autre**)

Other red rashes (specify) / (**autre rougeurs (spécifiez)**)

- If you have swelling in your joints, how many joints are swollen? (do not count joints with bony enlargement/swelling)
Si vous avez des articulations gonflées, combien en avez-vous ? (ne pas compter les articulations avec hypertrophies osseuses)

↓

I don't have any swollen joints. / **je n'ai pas d'articulations gonflées**

1-2 swollen joints / **1 à 2 articulations**

3-5 swollen joints / **3 à 5 articulations**

5 or more swollen joints / **5 articulations gonflées ou plusieurs**

- Were you on any of the following immunosuppressive medications before (within 4 weeks) of vaccination (1st dose)?
(Multiple answers)

Un mois avant la date de votre première dose, aviez vous un des immunosuppresseurs suivants ?

(choix multiple)

↓

None/ **aucun**

Methotrexate / **methotrexate**

Mycophenolate Mofetil or Mycophenolic acid / **Mycophenolate mofetil (MMF) (CELLCEPT)**

Rituximab / **rituximab**

Azathioprine / **aziathioprine (IMMUREL)**

Hydroxychloroquine (HCQS, plaquenil) / **Hydroxychloroquine (HCQS, plaquenil)**

Sulfasalazine / **Sulfasalazine (azulfidine)**

Leflunomide / **Leflunomide (ARAVA)**

Oral Tacrolimus / **Tacrolimus par voie orale (ou PROGRAF...)**

Cyclosporine / **cyclosporine (sporimune – neopral...)**

IV Immunoglobulin (IVIg) or Subcutaneous Immunoglobulin (SQIg) / **immunoglobuline par voie intraveineuse ou sous-cutanée**

Cyclophosphamide (Cytoxan) / **Cyclophosphamide (Cytoxan)**

Other medicines / **autre médicament**

Other biologics (Specify) / **autre biothérapies (précisez)**

- Were you on any steroids (prednisone, Medrol, prednisolone, wysolone, omacortil, etc) before (within 4 weeks) of vaccination (1st dose)?

Un mois avant la date de votre première dose, étiez-vous sous corticothérapie/ cortisone ?

↓

No steroids / **pas de corticothérapie/cortisone**

Yes, < 10 mg a day / **Oui moins de 10 mg par jour**

Yes, 10 mg - 20 mg a day / **oui, de 10 à 20 mg par jour**

Yes, > 20 mg a day / **plus de 20 mg par jour**

- Did you require an increase in the dose of any of these immunosuppressant medications, or starting a new immunosuppressant medicine in the 6 months prior to the 1st Covid-19 vaccine ? (multiple answers). Do NOT include if dose was decrease or medication stopped.

Dans les 6 mois précédants votre première dose vaccinale, avez-vous eu besoin d'augmenter la dose de l'un de ces immunosuppresseurs ou d'un nouveau médicament immunosuppresseurs (ne pas mentionner si vous avez diminué les doses ou arrêté un médicament)

↓

None/ **aucun**

Methotrexate / **methotrexate**

Mycophenolate Mofetil or Mycophenolic acid / **Mycophenolate mofetil (MMF) (CELLCEPT)**

Rituximab / **rituximab**

Azathioprine / **aziathioprine (IMMUREL)**

Hydroxychloroquine (HCQS, plaquenil) / **Hydroxychloroquine (HCQS, plaquenil)**

Sulfasalazine / **Sulfasalazine (azulfidine)**

Leflunomide / **Leflunomide (ARAVA)**

Oral Tacrolimus / **Tacrolimus par voie orale (ou PROGRAF...)**

Cyclosporine / **cyclosporine (sporimune – neopral...)**

IV Immunoglobulin (IVIg) or Subcutaneous Immunoglobulin (SQIg) / **immunoglobuline par voie intraveineuse ou sous-cutanée**

Cyclophosphamide (Cytoxan) / **Cyclophosphamide (Cytoxan)**

Other medicines / **autre médicament**

- What was the status of your autoimmune disease in 4 weeks (prior to) before 1st dose of Covid-19 vaccine?

Quel était l'activité de votre maladie auto-immune 1 mois avant votre première dose vaccinale ?

↓

My disease was inactive or in remission / **ma maladie était inactive ou en rémission**

My disease was active but stable and manageable / **ma maladie était active, mais stable ou gérable**

My disease was active and improving / **Ma maladie était active et progressait (modérément)**

My disease was active and worsening / **ma maladie était active et a empiré**

I am not sure / **je ne sais pas, je ne suis pas sure**

Other (please specify) / **autre (précisez SVP)**

Did you discontinue or hold any of the above immunosuppressive medication (if taking) days or weeks before or after vaccination?

Avez-vous cessé de prendre l'un des médicaments immunosuppresseurs ci-dessus (si vous en prenez) ou en avez-vous pris plusieurs jours ou semaines avant ou après la vaccination?

↓

No I continued all medicines as I did before / **non le traitement a été le même qu'avant**

Not applicable (not on any of the above immunosuppressive medications) **Sans objet (ne s'applique à aucun des médicaments immunosuppresseurs ci-dessus)**

Yes / **oui**

- In general, how would you rate your physical health?

De manière générale, comment évalueriez-vous votre santé physique ?

↓

Excellent / **Excellente**

Very good / **très bonne**

Good / **bonne**

Fair / **moyenne**

Poor / **faible**

- To what extent are you able to carry out your everyday physical activities such as walking, climbing stairs, carrying groceries, or moving a chair?

Dans quelle mesure pouvez-vous faire vos activités physiques quotidiennes, comme : marcher, monter des escaliers, faire vos courses ou déplacer une chaise?

↓

Completely / **normalement**

Mostly / **pratiquement normal**

Moderately / **modérément**

A little / **difficilement**

Not at all / **pas du tout**

- Please rate your overall level of fatigue (tiredness) in the past 7 days by placing a mark on the line below. Zero (0) is no fatigue and 10 is very severe fatigue.

Veillez évaluer votre niveau global de **fatigue au cours des sept derniers jours en déplaçant le marqueur sur la ligne ci-dessous. Zéro (0) : pas une fatigue — 10 fatigue intense (déplacer le curseur)**

- Please rate your overall level of pain in the past 7 days by placing a mark on the line below. Zero (0) is no pain and 10 is very severe pain.

Veillez évaluer votre niveau global de **douleur au cours des sept derniers jours en déplaçant le marqueur sur la ligne ci-dessous. Zéro (0) : pas une douleur — 10 douleur intense (déplacer le curseur)**

- What is the current status of your physical function?

Quel est votre état physique actuel ?

↓

Does your health now limit you in doing vigorous activities, such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports?

Votre santé vous limite-t-elle maintenant à faire des activités vigoureuses, comme courir, soulever des objets lourds, participer à des sports intenses?

Not at all / **pas du tout limité (normal)**

Very little / **un peu limité**

Somewhat / **moyennement limité**

quite a lot / **pas trop limité**

cannot do / **ne peut pas faire (impossible)**

↓

Does your health now limit you in walking more than a mile (1.6 km)?

Est-ce que vous êtes limité pour marcher plus d'1,6 km (un mile) ?

Does your health now limit you in climbing one flight of stairs?

Avez vous des difficultés à monter un escalier ?

(suite)

Does your health now limit you in lifting or carrying groceries?

Êtes-vous limité pour faire ou porter vos courses ?

Does your health now limit you in bending, kneeling, or stooping?

Êtes vous limité pour vous pencher, mettre à genoux, vous baisser ?

- What is the current status of your physical function?

Quel est votre état physique actuel ?

↓

Are you able to do chores such as vacuuming or yard work?

Êtes-vous capable de faire des tâches comme passer l'aspirateur ou faire des travaux de jardinage ?

Are you able to dress yourself, including tying shoelaces and buttoning your clothes?

Êtes-vous capable de vous habiller, y compris attacher des lacets et boutonner vos vêtements?

Without any difficulty / **sans difficulté**

with a little difficulty / **avec un peu de difficulté**

with some difficulty / **moyennement difficile**

with much difficulty / **avec beaucoup de difficultés**

Cannot do / **impossible à faire**

Are you able to shampoo your hair?

Pouvez vous vous laver les cheveux ?

Are you able to wash and dry your body?

Pouvez vous vous laver le corps et le sécher ?

Are you able to sit on and get up from the toilet?

Pouvez-vous vous asseoir et vous relever des toilettes ?

Which country do you live in?

Dans quel pays vivez-vous ?

Genre / **Sexe**

male / **homme**

female / **femme**

do not wish to disclose / **ne souhaite pas répondre**

Ethnicity? / **origine ethnique ?**

Caucasian (white) / **Caucasien (blanc)**

African American or of African origin (Black) / **Afro-américain ou d'origine africaine (noir)**

Asian / **asiatique**

Other (specify) / **autre (spécifiez)**

hispanic / **hispanique**

Native American/indigenous/Pacific Islander - / **Amérindiens/Autochtones-Indigène/Insulaires du Pacifique**

Do not wish to disclose / **ne souhaite pas s'exprimer**

Age

- We would like to follow up with you with a brief survey in the future to understand the long term effects of covid-19 vaccine. If that is ok with you, can you please provide your email address?

Your email is strictly confidential as per our university's guidelines, and will be used only for this study.

If you wish not to provide your email can you provide a unique username for yourself to be used in future survey:

Nous aimerions faire un suivi avec vous au moyen d'un bref sondage à l'avenir pour comprendre les effets à long terme du vaccin contre la COVID-19. Si cela vous convient, pouvez-vous fournir votre adresse courriel?

↓

Votre courriel est strictement confidentiel, conformément aux lignes directrices de notre université, et ne sera utilisé que pour cette étude.

Si vous ne souhaitez pas fournir votre courriel, pouvez-vous fournir un nom d'utilisateur unique pour vous-même afin que vous puissiez l'utiliser dans le prochain sondage :

- indiquer mail (ou non)

- Would you like to share your phone number, so that we can text you follow up survey in future any effects from Covid-19 vaccine ?

Your number is strictly confidential as per our university's guidelines, and will be used only for this study.

We will only text you if e-mails are not responded.

Aimeriez-vous nous indiquer votre numéro de téléphone afin que nous puissions vous envoyer par texto un questionnaire de suivi sur les effets futurs du vaccin contre la COVID-19?

Votre numéro est strictement confidentiel, conformément aux lignes directrices de notre université, et ne sera utilisé que pour cette étude.

Nous ne vous enverrons des messages que si vous ne répondez pas aux courriels.

(pour la France indiquer 33 et le no de portable sans le zéro et sans espace) ex 33 6 12 34 56 78