



Information needed

وجود الاشياء التالية جاهزة قبل بدء الإستبيان قد يكون مساعدا لك على تعبأة الإستبيان. **ولكن إذا لم تتوفر معك، رجاء تم بملء الخانات ذات الصلة على قدر المستطاع.**

<p>تواريخ الإختبارات، أنواع الإختبارات (تفاعل البوليمراز المتسلسل، الاجسام المضادة) ونتائج الاختبارات <u>إنا لم نتذكر تاريخ الاختبار بدقة، فيمكن استخدام تاريخ تقريبي إذا كان الاختبار الذي قمت به من نوع الأجسام المضادة، فسوف نقوم بسؤالك عن اسم الشركة المصنعة ولكن هذه المعلومة إختيارية</u></p>	<p>نتيجة الإختبارات</p>
<p>سجل للأعراض التي شعرت بها <u>سوف يتم سؤالك ان تختار الأعراض التي شعرت بها خلال أول أربعة اسابيع ثم الشهور التي تليها وحتى سبعة أشهر</u></p>	<p>وقت العرض وشدته.</p>
<p>نتائج الفحوصات الطبية. <u>سوف يتم سؤالك عن الإختبارات الطبية المتعلقة بالأعراض الجسدية الناتجة عن حالة الكوفيد-19 الخاصة بكم مثل اختبارات تحليل الدم ومسح أشعة الرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية والأشعة السينية والموجات فوق الصوتية ورسم القلب. إذا لم تتوفر لديك نتائج لتلك الإختبارات، فلا توجد مشكلة.</u></p>	<p>الاختبارات التشخيصية الأخرى</p>

Take a Break

تذكر رجاء أنك تستطيع التوقف في أي لحظة واستكمال الإستبيان في وقت لاحق كما ننصح بأخذ فترات للراحة وخصوصا في

حالة كنت تشعر بأعراض وذلك لتقليل الحمل الذهني قدر المستطاع.

للعودة للإستبيان:

- قم بحفظ الرابط الموجود في المتصفح الخاص بك حتى تتمكن من متابعة ملء الإستبيان في وقت لاحق
- لا تقم بملء الإستبيان في وضع المتصفح المتخفي /الجلسة الخاصة
- لا تقم بإزالة ملفات تعريف الارتباط الخاصة بالمتصفح

سوف يتم حفظ المعلومات التي تم ادخالها لمدة أسبوع واحد

Demographics

في أي دولة تسكن حالياً؟

في أي مدينة تسكن (أذكر الولاية/المحافظة إن أمكن، مثال: نيويورك - ولاية نيويورك)

ما نوع المنطقة التي تسكن بها؟

ضواحي المدن

الحضر

الريف

في أي فئة عمرية تقع؟

- 18-29
 30-39
 40-49
 50-59
 60-69
 70-79
 +80

ما هويتك الجنسية؟

- أنثى
 ذكر
 غير ثنائي الهوية
 أفضل عدم الإفصاح
 آخر

هل هويتك الجنسية مطابقة لتلك عند الولادة؟

- نعم
 لا

هل أنت حامل في طفل؟

- نعم
 لا
 لا ينطبق

لو ينطبق عليك السؤال، هل انت في مرحلة الست شهور الأولى بعد الولادة؟

-

نعم

لا

لا ينطبق

لو ينطبق عليك السؤال، هل تحدث لك الدورة الشهرية؟

-

نعم

لا، بسبب انقطاع الطمث

لا، اسباب أخرى

لا ينطبق

أي من الإختيارات التالية تصف خلفيتك العرقية؟ اختر كل ما ينطبق.

-

آسيوي، جنوب آسيوي، جنوب شرق آسيوي (صيني، هندي، فيتنامي، فلبيني... الخ)

اسود (أمريكي من أصل افريقي، جامايكي، نيجيري... الخ)

أبيض (ألماني، إيطالي، إنجليزي، بولندي، فرنسي... الخ)

هسباني، لاتينو (مكسيكي، أمريكي من أصل مكسيكي، من بورتوريكو، كوبي... الخ)

سكان امريكا الأصليين (نافاهو، قبيلة بلاكفيت، اينوبيات... الخ)

سكان جزر المحيط الهادي (سكان هاواي الأصليين، ساموا، فيجي، شامورو... الخ)

شرق اوسطي أو شمال أفريقي (لبناني، إيراني، مصري، مغربي... الخ)

أفضل عدم الإفصاح

آخر

ماذا كان دخل أسرتك السنوي قبل تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

\$0 - \$10,000 دولار أمريكي
 \$10,001 - \$40,000 دولار أمريكي
 \$40,001 - \$85,000 دولار أمريكي
 \$85,001 - \$150,000 دولار أمريكي
 أعلى من \$150,000 دولار أمريكي
 أفضل عدم الإفصاح

ما هو دخل أسرتك السنوي الآن بعد تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

\$0 - \$10,000 دولار أمريكي
 \$10,001 - \$40,000 دولار أمريكي
 \$40,001 - \$85,000 دولار أمريكي
 \$85,001 - \$150,000 دولار أمريكي
 أعلى من \$150,000 دولار أمريكي
 أفضل عدم الإفصاح

ماذا كان دخل أسرتك السنوي قبل تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

\$0 - \$10,000 دولار كندي
 \$10,001 - \$40,000 دولار كندي
 \$40,001 - \$85,000 دولار كندي
 \$85,001 - \$150,000 دولار كندي
 أعلى من \$150,000 دولار كندي
 أفضل عدم الإفصاح

ما هو دخل أسرتك السنوي الآن بعد تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

-

\$0 - \$10,000 دولار كندي

\$10,001 - \$40,000 دولار كندي
 \$40,001 - \$85,000 دولار كندي
 \$85,001 - \$150,000 دولار كندي
 أعلى من \$150,000 دولار كندي
 أفضل عدم الإفصاح

ماذا كان دخل أسرتك السنوي قبل تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

£0 - £20,000 جنيه استرليني
 £20,000 - £40,000 جنيه استرليني
 £40,000 - £60,000 جنيه استرليني
 £60,000 - £80,000 جنيه استرليني
 أعلى من £80,000 جنيه استرليني
 أفضل عدم الإفصاح

ما هو دخل أسرتك السنوي الآن بعد تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

£0 - £20,000 جنيه استرليني
 £20,000 - £40,000 جنيه استرليني
 £40,000 - £60,000 جنيه استرليني
 £60,000 - £80,000 جنيه استرليني
 أعلى من £80,000 جنيه استرليني
 أفضل عدم الإفصاح

ماذا كان دخل أسرتك السنوي قبل تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

€0 - €20,000 يورو
 €20,000 - €40,000 يورو

-
-
-
-
-
-
-

€40,000 - €60,000 يورو
 €60,000 - €80,000 يورو
 أعلى من €80,000 يورو
 أفضل عدم الإفصاح

ما هو دخل أسرتك السنوي الآن بعد تعرضك لفيروس كوفيد-19؟

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

€0 - €20,000 يورو
 €20,000 - €40,000 يورو
 €40,000 - €60,000 يورو
 €60,000 - €80,000 يورو
 أعلى من €80,000 يورو
 أفضل عدم الإفصاح

ما هو أعلى مؤهل تعليمي حصلت عليه؟

-
-
-
-
-
-
-

لم أتم تعليمي المدرسي
 إتمام المدرسة الثانوية
 شهادة البكالوريوس/الدبلوم
 تعليم عالي

هل تعمل في مجال الرعاية الصحية؟

-
-
-

نعم
 لا

كيف عرفت بهذا الاستبيان؟

<input type="checkbox"/> انستغرام	<input type="checkbox"/> مجموعة Body Politic
<input type="checkbox"/> مشاركة من الأسرة أو الاصدقاء	<input type="checkbox"/> مجموعة Long Haul COVID Fighters على فيسبوك
<input type="checkbox"/> مجموعة بريدية مختصة بالبحث الذي يقوم بيه المرضى	<input type="checkbox"/> مجموعة Long Covid Support على فيسبوك
<input type="checkbox"/> وسائل الاعلام (مقال، جريدة، بلوج) وسيلة أخرى	<input type="checkbox"/> مجموعة دعم أخرى فيسبوك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> تويتر

Background Section

متى بدأت الأعراض في الظهور؟

السنة	اليوم	الشهر	رجاء الاختيار
<input type="text" value="2020"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

هل لا زلت تشعر بالأعراض؟

نعم

لا

Recovered - Total Days

لمدة كم من الأيام شعرت بالأعراض؟

مشاكل جلدية فيروسية (العقولة الباردة، الحلا، تأليل، مليساء)

الخرف

الصرع

الشقيقة

تصلب جانبي ضموري

الشلل الارتعاشي

تصلب متعدد

اعتلال الأعصاب المحيطية

أمراض الأوعية القلبية

قصور القلب

ارتفاع ضغط الدم

انخفاض ضغط الدم

سوابق تخثرات (جلطات)

سوابق لسكتات دماغية

ارتفاع نسبة الكوليسترول \ فرط (ارتفاع) الشحوم

تدلي الصمام التاجي

فقر الدم

التوحد

مرض الروماتيزم/ مرض المناعة الذاتي

السرطان بجميع أنواعه

مرض كلوي مزمن

السكري من النوع الأول

السكري من النوع الثاني

متلازمة إهلرز-دانلوس

انتباز بطانة الرحم

ألم عضلي ليفي

نقص الغلوبولين المناعي أ

إلتهاب المثانة الخلالي (متلازمة المثانة المؤلمة)

إلتهاب كبدي بكل انواعه

فيروس العوز المناعي البشري

متلازمة تنشيط الخلايا الصارية

متلازمة التعب المزمن

السمنة

متلازمة تسارع معدل ضربات القلب الانتصابي

عدوى بكتيرية متكررة

عدوى فيروسية متكررة

متلازمة تملل الساقين

خلل المفصل الصدغي الفكي

دوار

قصر أو طول النظر

نقص فيتامين د

لا شيء مما سبق

رجاء أذكر أي مشاكل أو أمراض أخرى موجودة سلفا غير المذكورة. في حالة وجود أكثر من بند، ضع فاصلة بينهم. لا داعي لشرح الحالة بالتفصيل حيث أن إسم التشخيص كاف.

هل حدث أي تغيير في هذه المشاكل الموجودة سلفا خلال فترة الإصابة بكوفيد-19؟

نعم، ساءت الحالة

نعم، تحسنت الحالة

بعض المشاكل تحسنت حالتها وبعضها لم يتغير والبعض الآخر ساء (رجاء أضف شرحا في خانة الكتابة في الصفحة القادمة)

لا، لم يتغير شيء

غير قابل للتطبيق (لم يوجد لدي مشاكل موجودة سلفا)

في حالة ساءت حالة بعض المشاكل الموجودة سلفاً، رجاء إشرح هنا (إختياري)

في حالة تحسنت حالة بعض المشاكل الموجودة سلفاً، رجاء إشرح هنا (إختياري)

ما هي فصيلة دمك؟

Hospitalization

دخول المستشفى

هل قمت باستشارة طبيب بخصوص أعراض الكوفيد التي شعرت بها؟ اختر كل ما يطابق بما في ذلك الزيارات الشخصية أو الإفتراضية (عن طريق الاتصال الهاتفي أو عن طريق الانترنت). *

معالج بالطب البديل

طبيب أمراض القلب

طبيب أمراض جلدية

طبيب أمراض الجهاز الهضمي

طبيب أمراض الدم
 طبيب الإستقبال في المستشفى
 طبيب الأمراض المناعية
 اخصائي أمراض معدية
 طبيبك الخاص/ممارس عام/طبيب الأسرة
 طبيب أمراض عصبية
 طبيب أمراض النساء
 طبيب أمراض نفسية
 طبيب أمراض الرئة
 طبيب أمراض مفصلية

آخر

لم اقم بزيارة أي طبيب

هل تم ادخالك للمستشفى؟

نعم

لا

ذهبت لقسم الطوارئ/الإسعاف ولكن لم يتم قبولي أو لم ابت في المستشفى

لو تم ادخالك للمستشفى، مامدة بقاءك تحت الرعاية الطبية هناك؟

هل تم تركيب جهاز للاعانة على التنفس؟

نعم، عن طريق قنية انفية

نعم، عن طريق التنبيب

-

لا

لم يتم دخولي للمستشفى

آخر

رجاء أذكر تجربتك مع الخدمة الطبية (إختياري)

COVID-19 Testing

هل قمت باختبار مرض كوفيد-19 باستخدام اختبار المسحة؟ (هذا السؤال ليس عن اختبار الاجسام المضادة والذي يتم تغطيته في جزء آخر من هذا الاستبيان)

-

نعم، قمت بالاختبار مرة واحدة على الاقل

لا، حاولت القيام بالاختبار ولكن لم استطع

لا، لم أحاول القيام بالاختبار

كم مرة قمت بالاختبار (اختبار المسحة)؟

-

1

2

3

آخر

في أي تاريخ قمت بالاختبار؟

السنة	اليوم	الشهر	رجاء الاختيار
<input type="text" value="2020"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

هل هذا التاريخ تقريبي؟

هذا تاريخ تقريبي

ما نوع اختبار الكوفيد الاول الذي قمت به؟

أنفي (إفرازات أنفية من المنخارين، بعيدا عن الفتحاح الداخلية أو الحنجرة)

الأنفي البلعومي (أفرازات أنفية من المنخارين، عن طريق جوف الأنف الداخلي والحنجرة)

الحلق

آخر

ماذا كانت نتيجة الاختبار؟

موجب

سالب

غير حاسم/في انتظار النتائج

في أي تاريخ قمت بالاختبار للمرة الثانية؟

السنة	اليوم	الشهر
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

رجاء الاختيار

هل هذا التاريخ تقريبي؟

هذا تاريخ تقريبي

ما نوع اختبار الكوفيد **الثاني** الذي قمت به؟

أنفي (إفرازات أنفية من المنخارين، بعيدا عن الفتحات الداخلية أو الحنجرة)

الأنفي البلعومي (إفرازات أنفية من المنخارين، عن طريق جوف الأنف الداخلي والحنجرة)

الحلق

آخر

ماذا كانت نتيجة الاختبار؟

موجب

سالب

غير حاسم/في انتظار النتائج

في أي تاريخ قمت بالاختبار للمرة الثالثة؟

السنة

اليوم

الشهر

رجاء الاختيار

هل هذا التاريخ تقريبي؟

هذا تاريخ تقريبي

ما نوع اختبار الكوفيد **الثالث** الذي قمت به؟

أنفي (إفرازات أنفية من المنخارين، بعيدا عن الفتحات الداخلية أو الحنجرة)

الأنفي البلعومي (أفرازات أنفية من المنخارين، عن طريق جوف الأنف الداخلي والحنجرة)

الحلق

آخر

ماذا كانت نتيجة التحليل؟

موجب

سالب

غير حاسم/في انتظار النتائج

ان قمت بإجراء أي اختبارات أخرى، رجاء قم بكتابتها هنا. ضع كل اختبار في سطر منفصل بحيث تكتب نوع الاختبار وتاريخه ونتيجته (مثال: انفي/حلقي 7-أكتوبر-2020 - موجب). إن لم تتذكر التاريخ بشكل دقيق ضع اقرب تاريخ تتذكره.

Antibody Testing

هل خضعت لاختبار الاجسام المضادة؟ *

-

نعم، خضعت له مرة واحدة على الاقل
لا، لم اخضع له مطلقا

كم مرة خضعت لاختبار الاجسام المضادة؟ *

ماذا كانت نتيجة الاختبار؟ *

-

نتيجة ايجابية لكلا الجسمين المضادين (IgM و IgG)

نتيجة ايجابية فقط لجسم IgM المضاد

نتيجة ايجابية فقط لجسم IgG المضاد

لا اعلم نوع الاجسام المضادة ولكنني حصلت على نتيجة ايجابية

نتيجة سلبية لكلا الجسمين المضادين

لو كانت نتيجة الاختبار ايجابية وكان في نتيجة الاختبار عيار حجمي لتركيز الاجسام المضادة، ماذا كانت القيمة لجسم IgM المضاد؟

لو كانت نتيجة الاختبار ايجابية وكان في نتيجة الاختبار عيار حجمي لتركيز الاجسام المضادة، ماذا كانت القيمة لجسم IgG المضاد؟



ماذا كان نوع الاختبار؟ *

-
-

سحب للدم

سحب للدم عن طريق وخز الإصبع

ادخل تاريخ الخضوع للاختبار الاجسام المضادة (إن لم تتذكر التاريخ بدقة ضع تاريخ تقريبي). *

السنة	اليوم	الشهر	رجاء الاختيار
<input type="text" value="2020"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

هل هذا تاريخ تقريبي؟

هذا تاريخ تقريبي

ما إسم الشركة المصنعة للاختبار؟ (رجاء اختيار إسم الشركة فقط في حال التأكد من اختيارك، إن لم تكن متأكدا فاختر لا اعلم)

اورثوكلينيكل دياجنوستكس فتروس - Ortho-Clinical Diagnostics Vitros

دياسورين - Diasorin

لا اعلم

ابوت Abbott

روش Roche

ماونت سايناي Mt. Sinai

يرولمن EuroImmun

هل لديك نتائج اختبارات أخرى؟ *

-
-

نعم
لا

ماذا كانت نتيجة الاختبار؟ *

-
-
-
-
-

نتيجة ايجابية لكلا الجسمين المضادين (IgM و IgG)

نتيجة ايجابية فقط لجسم IgM المضاد

نتيجة ايجابية فقط لجسم IgG المضاد

لا اعلم نوع الاجسام المضادة ولكنني حصلت على نتيجة ايجابية

نتيجة سلبية لكلا الجسمين المضادين

لو كانت نتيجة الاختبار ايجابية وكان في نتيجة الاختبار عيار حجمي لتركيز الاجسام المضادة، ماذا كانت القيمة لجسم IgM المضاد؟

لو كانت نتيجة الاختبار ايجابية وكان في نتيجة الاختبار عيار حجمي لتركيز الاجسام المضادة، ماذا كانت القيمة لجسم IgG المضاد؟

ماذا كان نوع الاختبار؟ *

-

سحب للدم



سحب للدم عن طريق وخز الإصبع

ادخل تاريخ الخضوع للاختبار الاجسام المضادة (إن لم تتذكر التاريخ بدقة ضع تاريخ تقريبي). *

السنة	اليوم	الشهر	رجاء الاختيار
<input type="text" value="2020"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

هل هذا تاريخ تقريبي؟



هذا تاريخ تقريبي

ماإسم الشركة المصنعة للاختبار؟ (رجاء اختيار إسم الشركة فقط في حال التأكد من اختيارك، ان لم تكن متأكدا فاختر لا اعلم)

اورثوكلينيكل دياجنوستكس فتروس - Ortho-Clinical Diagnostics Vitros

دياسورين Diasorin

لا اعلم

ابوت Abbott

روش Roche

ماونت سايناي Mt. Sinai

يرولمن EuroImmune

هل لديك نتائج اختبارات أخرى؟ *



نعم



لا

ماذا كانت نتيجة الاختبار؟ *

-
-
-
-
-

نتيجة ايجابية لكلا الجسمين المضادين (IgM و IgG)

نتيجة ايجابية فقط لجسم IgM المضاد

نتيجة ايجابية فقط لجسم IgG المضاد

لا اعلم نوع الاجسام المضادة ولكنني حصلت على نتيجة ايجابية

نتيجة سلبية لكلا الجسمين المضادين

لو كانت نتيجة الاختبار ايجابية وكان في نتيجة الاختبار عيار حجمي لتركيز الاجسام المضادة، ماذا كانت القيمة لجسم IgM المضاد؟

لو كانت نتيجة الاختبار ايجابية وكان في نتيجة الاختبار عيار حجمي لتركيز الاجسام المضادة، ماذا كانت القيمة لجسم IgG المضاد؟

ماذا كان نوع الاختبار؟ *

-
-

سحب للدم

سحب للدم عن طريق وخز الإصبع

ادخل تاريخ الخضوع لاختبار الاجسام المضادة (إن لم تتذكر التاريخ بدقة ضع تاريخ تقريبي). *

السنة	اليوم	الشهر	رجاء الاختيار
<input type="text" value="2020"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

هل هذا تاريخ تقريبي؟

هذا تاريخ تقريبي

ما اسم الشركة المصنعة للاختبار؟ (رجاء اختيار اسم الشركة فقط في حال التأكد من اختيارك, ان لم تكن متأكدا فاختر لا اعلم)

اورثوكلينيكل دياجنوستكس فتروس -Ortho-
Clinical Diagnostics Vitros

ابوت Abbott

دياسورين Diasorin

روش Roche

لا اعلم

ماونت سايناي Mt. Sinai

يرولمن EuroImmune

Symptoms

الأعراض المتعلقة بالذاكرة

هل شعرت باي أعراض تخص الذاكرة؟

نعم

لا

أي من الأعراض التالية شعرت بها منذ بداية المرض؟

فقدان للذاكرة قصيرة المدى (خاص بالذاكرة في خلال مدى 30 ثانية، مثلا حفظ رقم هاتف قبل كتابته أو نسيان أنك في وسط عمل ما)

- فقدان للذاكرة طويلة المدى (تشمل احداث مثل نسيان احداث اليوم السابق أو نسيان أنك قد قمت بعمل ما في السابق أو نسيان ذكرياتك أيام المدرسة الابتدائية)
- عدم القدرة على تشكيل ذكريات جديدة
- نسيان القيام بالأمر اليومية (مثل ربط الحذاء أو غسل اليدين)
- لا شيء مما سبق
- آخر

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى ثم الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	أعراض الذاكرة
<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"/>	<input type="checkbox"/>	

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

هل شعرت بأي من أعراض **ضبابية الوعي** (عدم القدرة على التركيز، التفكير بوضوح، التخطيط، التحليل، الفهم، الحفاظ على نسق التفكير، تفكير ابطأ أو أسرع من المعتاد) منذ بداية تعرضك لمرض الكوفيد؟ *

- نعم
- لا

أي من أعراض الضبابية الدماغية / الوظائف الإدراكية التالية قد عانيت منها منذ بداية مرض كوفيد-19؟ *

<input type="checkbox"/>	صعوبة في الأداء التنفيذي (التخطيط ، التنظيم ، معرفة تسلسل الإجراءات ، التجريد)
<input type="checkbox"/>	عمه (الفشل في تحديد الأشياء أو التعرف عليها على الرغم من سلامة الأداء الحسي)
<input type="checkbox"/>	صعوبة حل المشكلات أو اتخاذ القرارات
<input type="checkbox"/>	صعوبة في التفكير
<input type="checkbox"/>	الأفكار تتحرك بسرعة كبيرة
<input type="checkbox"/>	تباطؤ الأفكار
<input type="checkbox"/>	ضعف الانتباه أو التركيز
<input type="checkbox"/>	لم يكن لدي أي عرض من أعراض الضبابية الدماغية
<input type="checkbox"/>	آخر <input type="text"/>

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى ثم** , **الأشهر التي تليها إن وجد**. أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ضبابية دماغية / أعراض الأداء الإدراكي

Changes to Daily/Functional Abilities due to memory loss or brain fog

هل تأثرت قدرتك على القيام باي من المهام التالية بسبب أعراض **فقدان للذاكرة أو ضبابية الوعي** (ذلك يشمل مشاكل في التركيز، الإدراك، الوعي) بالتحديد؟ *

لا ينطبق	قادر	غير قادر بنسبة بسيطة	غير قادر إلى حد ما	غير قادر على الإطلاق
----------	------	----------------------	--------------------	----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	القيادة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مراقبة الاطفال
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الطبخ أو استخدم المواد الساخنة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اطعام نفسك
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الاستحمام بانتظام

لا ينطبق	قادر	غير قادر بنسبة بسيطة	غير قادر إلى حد ما	غير قادر على الإطلاق
----------	------	----------------------------	--------------------------	----------------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اتخذ قرارات جادة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مغادرة المنزل والعودة دون أن تضل الطريق
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تذكر الشهر أو السنة الصحيحة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التحدث مع الآخرين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الحفاظ على جدول الأدوية الخاص بك (نسيان تناول الدواء أو نسيت أنك قد تناولت الدواء)

لا ينطبق	قادر	غير قادر بنسبة بسيطة	غير قادر إلى حد ما	غير قادر على الإطلاق
----------	------	----------------------------	--------------------------	----------------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العمل
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اتباع التعليمات البسيطة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	توصيل أفكارك واحتياجاتك
					آخر

لا ينطبق	قادر	غير قادر بنسبة بسيطة	غير قادر إلى حد ما	غير قادر على الإطلاق
----------	------	----------------------------	--------------------------	----------------------------

إختياري: إذا كانت لديك مناطق أخرى في حياتك تأثرت بفقدان الذاكرة أو ضباب الدماغ ، فيرجى تضمينها هنا. يرجى ملاحظة ما إذا كانت مقيدة بشكل بسيط أو معتدل أو شديد.

إختياري: يرجى استخدام هذه المساحة لوصف أمثلة على ضباب عقلك وفقدان الذاكرة ومدى الانتباه. يُرجى عدم تضمين أي معلومات تعريفية (مثل الإسم أو الموقع).

Emotional/Behavioral Changes

التغيرات العاطفية والسلوكية

مقارنة بما شعرت به قبل كوفيد-19 ، هل شهدت زيادة في أي مما يلي؟ *

صعوبة السيطرة على عواطفك

انعدام التنشيط (صعوبة التحكم في سلوكك)

حدة الطباع

الغضب

الاندفاع (القيام بالأشياء بشكل مندفع بدون ضبط للنفس)

عدوانية

النشوة (شعور أو حالة من الإثارة الشديدة والسعادة)

أوهام

كآبة

اللامبالاة (قلة الشعور أو العاطفة أو الاهتمام أو القلق)

القابلية للانتحار

تقلب المزاج

القلق

الهوس (مزاج مرتفع / متحمس بشكل غير طبيعي ، قلة الحاجة للنوم ، وأحياناً مع أوهام)

هوس خفيف (شكل أخف من الهوس)

نزول الدموع

الشعور بالهلاك

لا شيء مما سبق

آخر

إختياري: رجاء استخدام هذه المساحة لشرح امثلة لأي تغيرات عاطفية حدثت خلال فترة مرضك.
 رجاء عدم ذكر أي معلومات تعريفية شخصية كالإسم وعنوان .. الخ.

إختياري: في حالة شعرت بأي من هذه مشاكل العاطفية قبل الكوفيد، رجاء الشرح كيف اختلفت بعد
 الكوفيد.

رجاء عدم ذكر أي معلومات تعريفية شخصية كالإسم وعنوان .. الخ.

Speech and Other Language Issues

مشاكل النطق أو اللغة

هل شعرت بأي مشاكل متعلقة **باللغة أو النطق** منذ بداية تعرضك للمرض؟ *

نعم

لا

أي من هذه الأعراض اللغوية شعرت بها منذ بداية تعرضك للمرض؟ *

صعوبة في ايجاد الكلمات المناسبة عند التحدث أو الكتابة

صعوبة التواصل الشفهي

صعوبة في التحدث بجمل مكتملة

التحدث بكلمات غير مفهومة

صعوبة في التواصل عن طريق الكتابة

صعوبة في تحليل أو فهم مايقوله الآخرين شفهيًا

صعوبة في القراءة أو تحليل النص المكتوب

تغيير في المقدرة اللغوية في لغات غير لغتك الأم (إن وجدت)

لا شيء مما سبق

آخر

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** , ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	مشاكل في النطق أو اللغة
<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"/>	<input type="checkbox"/>	

هل تتحدث اكثر من لغة؟ *

نعم
لا

إختياري: يرجى استخدام هذه المساحة لوصف مشاكلك اللغوية، بما في ذلك الكلام والكتابة والقراءة والاستماع إلى الكلمات. مما يتضمن أي تغييرات في كلامك / لغتك غير المذكورة أعلاه. على سبيل المثال، إذا كنت تتحدث عدة لغات ولاحظت مشاكل مختلفة مع لغتك الأساسية وغير الأساسية

Headaches

الصداع

هل شعرت بأي أعراض جديدة للصداع أو ما شابهه منذ بداية مرضك كوفيد 19؟ *

نعم
لا

أي من الأعراض التالية عانيت منها منذ بدء إصابتك بمرض كوفيد 19؟ *

صداع في قاعدة الجمجمة

صداع في منطقة الصدغ

صداع خلف العينين

صداع منتشر (الدماغ بأكمله)

صداع / ألم بعد مجهود ذهني

صداع آخر

الإحساس بدفء الدماغ / "النار"

الإحساس بضغط المخ

الشقيقة

تصلب الرقبة

لا شيء مما سبق

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** , ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الأسبوع الأول
الأسبوع الثاني
الأسبوع الثالث
الأسبوع الرابع
الأسبوع الخامس
الأسبوع السادس
الأسبوع السابع
الشهر الثاني
الشهر الثالث
الشهر الرابع
الشهر الخامس
الشهر السادس
الشهر السابع

الصداع والأعراض ذات الصلة

Sense of Smell and Taste

حاسة الشم والتذوق

هل شعرت بأي تغييرات جديدة في حاسة الشم والتذوق منذ بداية مرضك بكوفيد 19؟ *

نعم

لا

أي من الأعراض التالية عانيت منها منذ بدء إصابتك بمرض بكوفيد 19؟ *

فقدان حاسة الشم

روائح وهمية (تخيل / روائح هلوسة - شم أشياء غير موجودة)

ازدياد حاسة الشم

تغير حاسة الشم

فقدان التذوق

طعم وهمي (مذاقات تخيلية / هلوسة - تذوق الأشياء عندما لا يوجد شيء في فمك)

زيادة حاسة التذوق

تغير حاسة الشم

لا شيء مما سبق

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** , ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر السابع
 الشهر السادس
 الشهر الخامس
 الشهر الرابع
 الشهر الثالث
 الشهر الثاني
 الأسبوع الرابع
 الأسبوع الثالث
 الأسبوع الثاني
 الأسبوع الأول

تغيرات في حاسة
الشم والتذوق

إذا كنت شعرت بطعوم وهمية ، فيرجى وصفها:

إذا كنت شعرت بروائح وهمية ، يرجى وصفها:

Tremors and Vibrating Sensations

الهزات والأحاسيس التي تهتز

هل واجهت أي من الهزة أو الرعشة منذ بداية مرضك بكوفيد-19؟ *

الهزة: انقباض عضلي لا إرادي ومنتظم يؤدي إلى حركات اهتزازية في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم

الرعشة: شعور صاحب عندما تشعر أن عضلاتك أو أصابعك أو ساقيك كذلك تهتز أو ترتعش في الداخل ولكنك لا ترى أي حركة

نعم
لا

أي من الأعراض التالية عانيت منها منذ بدء إصابتك بمرض بكوفيد 19؟ *

الارتعاش

إحساس بالاهتزاز

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** , ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	لا ينطبق	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الارتعاش
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إحساس بالاهتزاز

يرجى استخدام هذه المساحة لوصف أمثلة على رعشاتك أو اهتزاز / اهتزاز الجسم أثناء مرضك.
الرجاء عدم تضمين أي معلومات تعريف (مثل الإسم أو الموقع).

Sleeping issues

مشكلات النوم

هل واجهت أي مشاكل في النوم منذ بداية مرضك بكوفيد-19؟ *

-
-

نعم

لا

أي من مشكلات النوم التالية واجهتها منذ بدء إصابتك بمرض كوفيد-19؟ *

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

أحلام اليقظة (هو الحلم الذي يدرك صاحبه أنه حلم أو لديه القدرة على التحكم بها)

أحلام حية

كوابيس

أرق

تعرق ليلي

متلازمة تملل الساق

الإستيقاظ بسبب الشعور بأنك لا تستطيع التنفس

انقطاع النفس الانسدادي النومي

آخر

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** ثم الأشهر التي تليها إن **وجد**. أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	لا ينطبق	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأرق
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انقطاع النفس الانسدادي النومي
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جميع أعراض النوم الأخرى

* إذا كنت تعاني من الأرق، فهذا أفضل وصف لنوع الأرق *

صعوبة في النوم

الاستيقاظ في الصباح الباكر

الاستيقاظ عدة مرات أثناء الليل

لا شيء مما سبق

* ما هو سبب الأرق؟ *

ألم

الحساسية للضوء الخارجي / الضوضاء

انزعاج جسدي آخر

القلق / الاكتئاب / تسابق الأفكار

صعوبة في التنفس

إحساس بالأدرينالين / الطاقة

كان إحساس مثل الفيروس يبقيني مستيقظاً

آخر

Hallucinations

الهلوسة

هل واجهت أي هلوسة (بصريًا أم سمعيًا أم باللمس) منذ بداية مرضك بكوفيد 19؟ *

نعم

لا

أي من الهلوسة التالية قد عانيت منها منذ بداية مرضك كوفيد 19؟ *

بصري (رؤية) الهلوسة

الهلوسة السمعية

الهلوسة اللمسية

الهلوسة، آخر

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر
السابع

الشهر
السادس

الشهر
الخامس

الشهر
الرابع

الشهر
الثالث

**الشهر
الثاني**

الأسبوع
الرابع

الأسبوع
الثالث

الأسبوع
الثاني

**الأسبوع
الأول**

الهلوسة

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

ضعف وتنميل ووخز وبرودة وأحاسيس أخرى

أيا من أعراض التحسس العصبي التالية عانيت منها منذ بدء مرضك كوفيد 19، إن وجد؟ *

يرجى تحديد الموقع على جسمك في مربع النص. في حالة وجود عدة مواقع، يرجى فصلها بفاصلة (مثل اليد ، الرجل ، القدم)

الأحاسيس الجلدية: حرقان أو وخز أو حكة بدون طفح جلدي

خدر / فقدان الإحساس

خدر / ضعف في جانب واحد فقط من الجسم

برودة

وخز / وخز / إحساس بالدبابيس والإبر

انزلاق كهربائي / الإحساس بصدمة كهربائية

شلل في الوجه (يرجى تحديد مكان الشلل في الوجه)

الإحساس بضغط / تنميل في الوجه بالجانب الأيسر

الإحساس بضغط / تنميل في الوجه ، الجانب الأيمن

الإحساس بضغط / تنميل بالوجه ، أخرى:

ضعف

لا شيء مما سبق

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الاولى** ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	لا ينطبق	كل الأحاسيس العصبية
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Temperature Issues

مشكلات درجة الحرارة

هل واجهت أيّ مشاكل في درجة الحرارة منذ بداية تعرضك لمرض الكوفيد؟ *

نعم

لا

هل واجهت أيًا من مشاكل درجة الحرارة التالية منذ بداية تعرضك لمرض الكوفيد؟ *

تغيرات درجة الحرارة (تقلبات سريعة حموية أو غير حموية أو ارتفاع درجة الحرارة)

عدم تحمل الحرارة

مشاكل درجة الحرارة الأخرى (غير مذكورة أعلاه أو أدناه)

إذا واجهت أيًا من مشكلات درجة الحرارة التالية ، فمتى واجهت الأعراض التالية؟ *

يرجى وضع علامة على الأعراض لأول اربعة أسابيع ثم أشهر (إذا لم تصل بعد إلى أسبوع / شهر ،
يرجى تركه فارغًا). حتى إذا كنت قد عانيت من هذه الأعراض لمدة جزء من أسبوع أو شهر ،
فيرجى تحديدها.

لا ينطبق	الأسبوع الأول	الأسبوع الثاني	الأسبوع الثالث	الأسبوع الرابع	الشهر الثاني	الشهر الثالث	الشهر الرابع	الشهر الخامس	الشهر السادس	الشهر السابع
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
درجة حرارة مرتفعة (-98.8) 100.4 درجة فهرنهايت ، -37.1 ، 37.9 درجة مئوية)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
حمى (100.4) درجة فهرنهايت / 38 درجة مئوية أو أعلى)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
درجة حرارة منخفضة	<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"/>	<input type="checkbox"/>
قشعريرة / احمرار / تعرق	<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"/>	<input type="checkbox"/>
جميع مشكلات درجة الحرارة الأخرى	<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"/>	<input type="checkbox"/>

إذا كانت لديك درجة حرارة منخفضة ، فما أدنى درجة حرارة لديك؟ الرجاء إدخال الرقم فقط.

إذا كان لديك إرتفاع في درجة الحرارة ، فما أعلى درجة حرارة لديك؟ الرجاء إدخال الرقم فقط.

Cardiovascular Symptoms

أعراض القلب والأوعية الدموية

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

لا ينطبق	الأسبوع الأول	الأسبوع الثاني	الأسبوع الثالث	الأسبوع الرابع	الشهر الثاني	الشهر الثالث	الشهر الرابع	الشهر الخامس	الشهر السادس	الشهر السابع
----------	----------------------	----------------	----------------	----------------	---------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

عدم انتظام ضربات القلب (إرتفاع معدل ضربات القلب، < 90 نبضة في الدقيقة)

<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بطء القلب (انخفاض معدل ضربات القلب ، 60> نبضة في الدقيقة)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خفقان القلب (الإحساس أو الإدراك بنبض قلبك. الشعور بأن قلبك يتسارع أو يضرب أو يتخطى الضربات)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم بشكل غير طبيعي
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انخفاض ضغط الدم بشكل غير طبيعي
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ظهور التهاب / انتفاخ في الأوردة
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إغماء
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جلطات دموية (جلطة)

إذا كنت تعاني من عدم انتظام دقات القلب وتمكنت من قياسه ، فما هو الحد الأقصى لمعدل ضربات القلب (بالنبض في الدقيقة) الذي قمت بقياسه ، في حالة الاسترخاء؟

إذا كنت تعاني من عدم انتظام دقات القلب وتمكنت من قياسه ، فما هو الحد الأقصى لمعدل ضربات القلب (بالنبض في الدقيقة) الذي قمت بقياسه ، عند المجهود (أثناء النشاط البدني)؟

إذا كنت تعاني من عدم انتظام دقات القلب وكنت قادرًا على قياسه ، فهل كان معدل ضربات قلبك أعلى عند الوقوف مقارنةً بالجلوس؟

-
-
-

نعم ، كانت أعلى عندما كنت أقف

لا ، كان أعلى عندما كنت جالسًا

كان الأمر نفسه تقريبًا أثناء الوقوف أو الجلوس

إذا كنت تعاني من عدم انتظام دقات القلب وكنت قادرًا على قياسه ، ما مقدار تغير معدل ضربات قلبك بشكل عام من وضعية الاستلقاء إلى الوقوف ، في آخر مرة قمت فيها بالقياس؟ (بوحدة قياس عدد النبضات في الدقيقة)

All Other Symptoms - Timecourse

يحتوي هذا القسم على مجموعات متعددة من الأسئلة حول الأعراض / المشكلات المتعددة منظمة بحسب منطقة الجسم (المشاكل العامة ، مشاكل الجهاز الهضمي ، أعراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية ، أعراض الأذن / السمع ، أعراض العين ، الأعراض التناسلية والبولية ، أعراض الجلد والحساسية ، مشاكل العضلات والمفاصل)

هل عانيت من هذه الأعراض ، ومتى شعرت بها؟ *

يرجى وضع علامة على الأعراض لأول اربعة **أسابيع** ثم **أشهر (إن وجد)**. حتى إذا كنت قد عانيت من هذه الأعراض فقط في جزء من الشهر أو الأسبوع. إذا لم تواجه أيًا من الأعراض في مجموعة اعراض، فاختر **(لا تنطبق أي من المشكلات أدناه علي) الموجودة في أعلى كل مجموعة**.

مشاكل عامة

لا تنطبق علي أي من الأعراض العامة التالية

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الأولى** ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

لا ينطبق	الأسبوع الأول	الأسبوع الثاني	الأسبوع الثالث	الأسبوع الرابع	الشهر الثاني	الشهر الثالث	الشهر الرابع	الشهر الخامس	الشهر السادس	الشهر السابع	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الدوخة / الدوار / عدم الثبات أو مشاكل التوازن
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ألم عصبي
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوبات الصرع (المؤكدة)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوبات الصرع (مشتببه بها)

<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوبات من صعوبة التنفس / اللهاث للحصول على الهواء عندما يكون تشبع الأكسجين طبيعياً
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انخفاض مستويات الأكسجين (>94%)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رد فعل جديد / غير متوقع للحساسية المفرطة
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتباك و تشتت ذهني حاد (مفاجئ)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عسرة الكلام \ نطق الكلمات
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع نسبة السكر في الدم (إذا تم قياسه)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انخفاض سكر الدم (إذا تم قياسه)

مشاكل الجهاز الهضمي



لا تنطبق علي أي من الأعراض المعدية المعوية التالية

مشاكل الجهاز الهضمي

لا ينطبق	الأسبوع الأول	الأسبوع الثاني	الأسبوع الثالث	الأسبوع الرابع	الشهر الثاني	الشهر الثالث	الشهر الرابع	الشهر الخامس	الشهر السادس	الشهر السابع	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إمساك
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إسهال
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقيؤ
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غثيان
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقدان الشهية
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجع بطن
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حرق المريء السفلي / الجزر المعدي المريئي / الارتجاع الحمضي

أعراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية



لا تنطبق علي أي من أعراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية أدناه

أعراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية

لا ينطبق	الأسبوع الأول	الأسبوع الثاني	الأسبوع الثالث	الأسبوع الرابع	الشهر الثاني	الشهر الثالث
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سعال جاف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سعال مع إفراز للمخاط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سعال الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضيق في التنفس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضيق في الصدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عطس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان الأنف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ألم / حرقان في الصدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الغرغرة التنفسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إلتهاب الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آخر

أعراض الأذن والسمع

لا تنطبق علي أي من أعراض الأذن والسمع أدناه

أعراض الأذن والسمع

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	لا ينطبق	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقدان السمع
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طنين الأذن
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل الأذن / السمع الأخرى

أعراض العين والرؤية

لا تنطبق علي أي من أعراض العين والرؤية أدناه

أعراض العين والرؤية

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	لا ينطبق	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الرؤية
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض العين الأخرى

الأعراض التناسلية والبولية

لا تنطبق علي أي من الأعراض التناسلية والبولية التالية

الأعراض التناسلية والبولية

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	لا ينطبق	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جميع مشاكل الدورة الشهرية
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل التحكم في المثانة و البول

أعراض الجلد والحساسية

لا تنطبق علي أي من أعراض الجلد والحساسية أدناه

أعراض الجلد والحساسية

لا ينطبق	الأُسبوع الأول	الأُسبوع الثاني	الأُسبوع الثالث	الأُسبوع الرابع	الشهر الثاني	الشهر الثالث	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقشير الجلد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نمشات (بقع أرجوانية أو حمراء أو بنية صغيرة على الجلد ، عادة على الذراعين والساقين والمعدة والأرداف وأحياناً داخل الفم أو على الجفون)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أصابع كوفيد (تلون ، تورم ، مؤلم ، أو تقرحات في أصابع القدم)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكتوبية الجلدية (الكتابة على جلدك تسبب خطوطاً حمراء في مكان الخدش)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسيات جديدة (غذائية ، كيميائية ، بيئية ، إلخ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طفح جلدي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آخر

مشاكل العضلات والمفاصل

لا تنطبق علي أي من الأعراض العضلية والمفصلية أدناه

مشاكل العضلات والمفاصل

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	لا ينطبق	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشنجات عضلية
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام العضلات
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الم المفصل
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام العظام أو الشعور بالحرق

All Other Symptoms - Checkbox

جميع الأعراض الأخرى

هل عانيت من أي من هذه الأعراض منذ بداية إصابتك بمرض كوفيد 19؟ *

(الرجاء اختيار جميع الخيارات التي تنطبق)

عدم القدرة على البكاء

عدم القدرة على التثاؤب

تورم في الحلق / صعوبة في البلع

التغييرات في الصوت

سعال الدم

الشعور بأنك لست حقيقياً / وكأنك تراقب نفسك من خارج جسمك (تبدد الشخصية)

الشعور بأن العالم ليس حقيقياً (الاغتراب عن الواقع)

العطش الشديد

لا شيء مما سبق

الأذن والسمع

ألم الأذن

تغييرات في قناة الأذن (مثل الضغط والإنسداد والحرق والتورم)

خدر / فقدان الإحساس

حساسية تجاه الضوضاء

أعراض الأذن / السمع الأخرى

لا شيء مما سبق

العين والرؤية

أعراض الرؤية - عدم وضوح الرؤية

أعراض الرؤية - ازدواج الرؤية

أعراض الرؤية - الحساسية للضوء

أعراض الرؤية - الرؤية الإنبوبية

أعراض النظر - فقدان كامل للرؤية

ضغط العين أو الألم

العين الوردية (التهاب الملتحمة)

عيون حمراء و دموية

عيون جافة

احمرار على الجزء الخارجي من العين

الذباب العيني

رؤية الأشياء في رؤيتك المحيطة

مشاكل العين الأخرى:

لا شيء مما سبق

التناسلية والبولية

انقطاع الدورة مبكرا

نزيف / نزيف بعد انقطاع الدورة

فترات غزيرة للدورة الشهرية بشكل غير طبيعي / تخثر

دورة شهرية غير منتظمة بشكل غير طبيعي

مشاكل أخرى في الدورة الشهرية

انخفاض حجم الخصيتين / القضيب

ألم في الخصيتين

مشاكل أخرى في السائل المنوي / القضيب / الخصيتين

العجز الجنسي (صعوبة الحفاظ على الانتصاب ، جفاف المهبل ، صعوبة النشوة الجنسية)

مشاكل بولية أخرى

لا شيء مما سبق

الجهاز الهضمي

الشعور بالشبع بسرعة عند تناول الطعام

وجع في البطن

فرط نشاط الأمعاء

لا شيء مما سبق

الجلد والحساسية

حساسيات جديدة (غذائية ، كيميائية ، بيئية ، إلخ)

رد فعل متزايد لحساسية قديمة

حكة في الجلد

حكة في العيون

حكة ، أخرى

أظافر هشّة / متغيرة اللون

هربس نطاقي
لا شيء مما سبق

Symptom Course

ما مدى شدة / أعراضك على مدار **أسابيع/أشهر**؟ *

إذا عانيت من شدة متعددة للأعراض خلال الفترة الزمنية ، فاختر الأكثر شدة خلال تلك الفترة الزمنية

لا توجد أعراض	خفيف جدا	خفيف	متوسط	خطير	خطير جدا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الأسبوع الأول
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الأسبوع الثاني
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الأسبوع الثالث
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الأسبوع الرابع
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشهر الثاني
لا توجد أعراض	خفيف جدا	خفيف	متوسط	خطير	خطير جدا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشهر الثالث
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشهر الرابع
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشهر الخامس
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشهر السادس
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشهر السابع فيما بعد
لا توجد أعراض	خفيف جدا	خفيف	متوسط	خطير	خطير جدا	

أي من الأوصاف التالية تصف بشكل مناسب تجربتك مع الانتكاسات ، ودورة الأعراض بشكل عام؟

يرجى اختيار كل ما ينطبق: *

- لا أعاني من الانتكاسات / لم أعاني من الانتكاسات بعد.
- تحدث الانتكاسات الخاصة بي بنمط منتظم (شهريًا أو يوميًا أو أسبوعيًا).
- تحدث الانتكاسات الخاصة بي بنمط غير منتظم (عشوائيًا).
- تحدث الانتكاسات المرضية الخاصة بي بعد (الإجهاد ، الكحول ، التمرين / المجهود ، إلخ).
- انتكاساتي تصبح أقصر / أسهل بمرور الوقت.
- انتكاساتي تزداد صعوبة مع مرور الوقت.
- ظلت شدة الانتكاس كما هي مع مرور الوقت.
- بشكل عام ، تحسنت أعراضي ببطء مع مرور الوقت.
- بشكل عام ، بقيت أعراضي كما هي مع مرور الوقت.
- بشكل عام ، ساءت الأعراض ببطء مع مرور الوقت.
- ساءت حالتي بسرعة.
- تحسنت بسرعة.

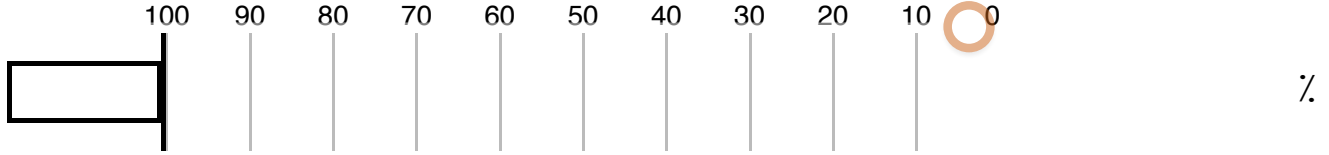
آخر

أي مما يلي يؤدي إلى انتكاس الأعراض أو تفاقمها؟ يرجى اختيار كل ما ينطبق

- ضغط عصبي
- كحول
- كافيين
- الحرارة
- الدورة / الحيض
- قبل أسبوع من الدورة / الحيض
- ممارسه الرياضه
- النشاط البدني
- نشاط عقلي

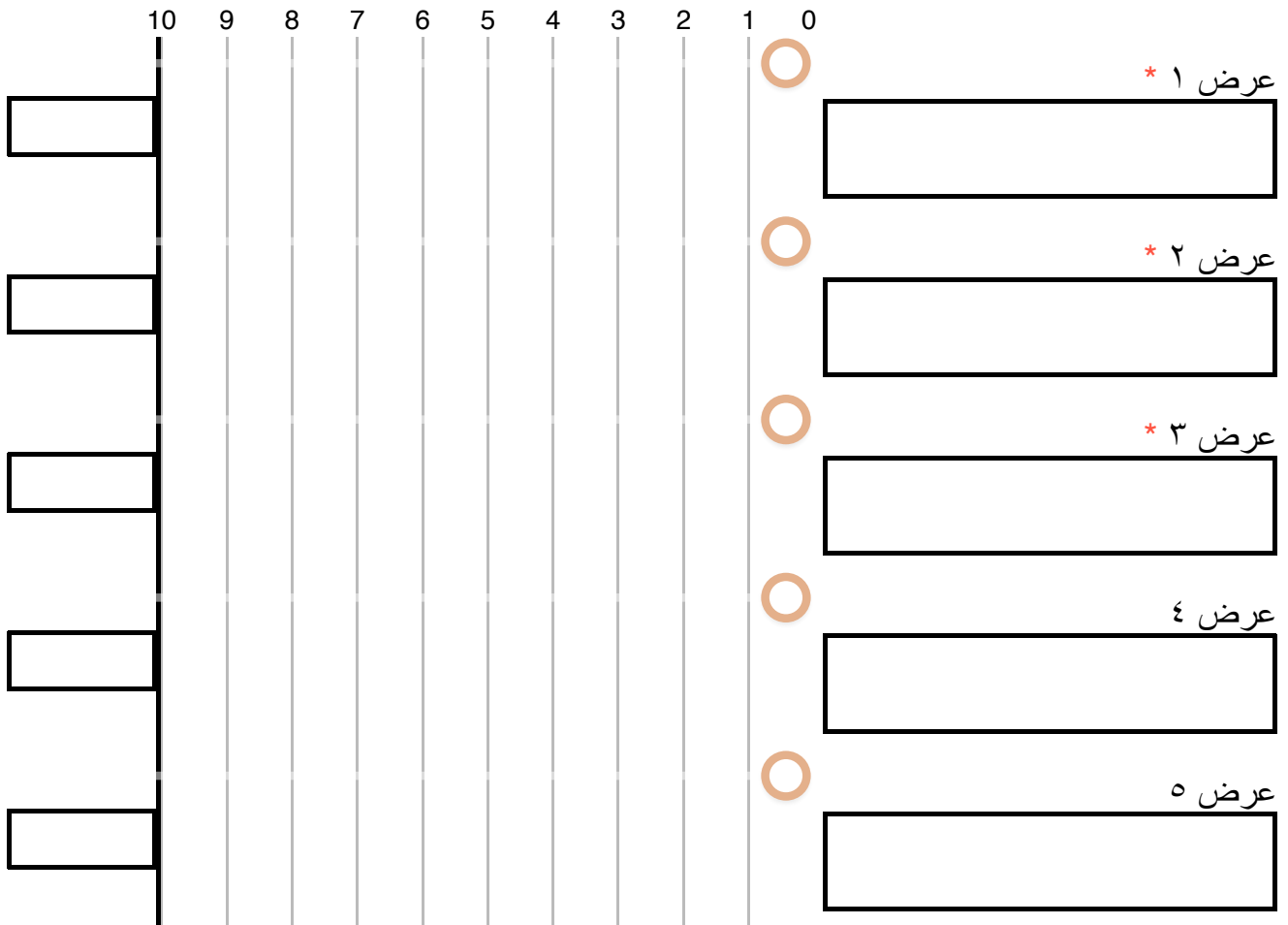
آخر

كيف تقيم شعورك اليوم ، على مقياس من 0-100% (مع كون 100% شعورك قبل كوفيد-19)؟



Symptom Severity

ضع قائمة بثلاثة أعراض على الأقل كانت الأكثر انهاكا أثناء التعافي. على مقياس من 0 إلى 10 ، ما مدى شدتها؟ (0 جيد تمامًا ، 10 منهك تمامًا)



Post-Exertional Malaise (effects of physical and mental activity on symptoms)

الشعور بالتعب بعد الجهد

تفاقم أو عودة للأعراض بعد القيام بنشاط بدني أو ذهني أو كلاهما

أثناء فترة التعافي من مرض كوفيد-19 ، هل عانيت من أي تدهور أو انتكاس في الأعراض بعد نشاط بدني أو نشاط عقلي؟ *

نعم

لا

بشكل عام ما مدى شدة تعرضك لتفاقم / انتكاس الأعراض؟ يرجى إبقاء شريط التمرير عند 0 إذا لم تواجه هذا الأمر *



إذا كنت قد عانيت من التدهور أو الانتكاس بعد النشاط الجسدي ، فمتى يحدث تفاقم / انتكاس الأعراض؟

فورا

نفس اليوم بعد ساعات قليلة

اليوم التالي

بعد عدة ايام

يختلف من وقت لآخر

لا أعاني من تفاقم / انتكاس الأعراض بعد النشاط الجسدي

إذا كنت قد عانيت من التدهور أو الانتكاس بعد النشاط **العقلي** ، فمتى يحدث تفاقم / انتكاس الأعراض؟*

فورا

نفس اليوم بعد ساعات قليلة

اليوم التالي

بعد عدة ايام

يختلف من وقت لآخر

لا أعاني من تفاقم / انتكاس الأعراض بعد النشاط العقلي

إلى متى يستمر تدهور / انتكاس الأعراض عادة بعد النشاط البدني أو العقلي؟*

بضع ساعات

بضعة أيام

أسابيع قليلة

آخر

(إختياري) يُرجى توضيح أي شيء آخر ترغب في مشاركته بشأن تجربتك مع الشعور بالتعب بعد الجهد. على سبيل المثال ، يمكنك سرد نوع الأنشطة التي تؤدي إلى تفاقم الأعراض بشكل أقوى (المشي ، والتمارين الشاقة ، والقراءة ، ومشاهدة الأفلام ، وما إلى ذلك).

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

رجاء قم بكتابة الأعراض التي شعرت بها خلال **الاسابيع الاربعة الاولى** ثم **الأشهر التي تليها إن وجد** . أذكر العرض حتى لو شعرت به لفترة اقل من الأسبوع.

الأسبوع الأول الأسبوع الثاني الأسبوع الثالث الأسبوع الرابع الشهر الثاني الشهر الثالث الشهر الرابع الشهر الخامس الشهر السادس الشهر السابع

تفاقم / انتكاسات
الأعراض الناجمة
عن المجهود البدني
والعقلي

Fatigue Assessment Scale

التعب

تشير العبارات العشر التالية إلى ما قد تشعر به في المرحلة الحالية من تعافيك من كوفيد 19 (خلال الأسبوع الماضي). **يرجى تقديم إجابة على كل سؤال ، حتى إذا لم تكن لديك أي شكاوى في الوقت الحالي ***

أبدا	بعض الأحيان	بشكل منتظم	غالبا	دائما	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أنا منزوع من التعب
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أنا أتعب بسرعة كبيرة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أنا لا أفعل الكثير خلال النهار

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لدي طاقة كافية للحياة اليومية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	جسدياً ، أشعر بالإرهاق
دائماً	غالبا	بشكل منتظم	بعض الأحيان	أبدا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لدي مشاكل في بدء الأشياء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لدي مشاكل في التفكير بوضوح
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لا أشعر بالرغبة في فعل أي شيء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	عقلياً ، أشعر بالإرهاق
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	عندما أفعل شيئاً ما ، يمكنني التركيز جيداً

مقارنة بما شعرت به قبل إصابتك بكوفيد 19 ، كيف تصف مستوى إجهادك أثناء تعافي كوفيد 19؟ *

<input type="radio"/>	أكثر بشكل ملحوظ مما كان عليه قبل كوفيد -19
<input type="radio"/>	أكثر بشكل متوسط من ما قبل كوفيد -19
<input type="radio"/>	أكثر بقليل مما كان عليه قبل كوفيد -19
<input type="radio"/>	نفس ما قبل كوفيد -19
<input type="radio"/>	أقل من قبل كوفيد -19

ما مقدار الراحة اليومية التي يمكنك الحصول عليها / هل تمكنت من الحصول عليها في المتوسط ، أثناء فترة التعافي من مرض كوفيد -19؟ (الراحة تعني وقت التعافي / الاسترخاء بدون عمل أو رعاية أطفال أو التزامات أخرى) يرجى عدم تضمين نومك اليومي أو قيلولة

<input type="radio"/>	أقل من ساعتين في اليوم
<input type="radio"/>	2-4 ساعات
<input type="radio"/>	4-6 ساعات
<input type="radio"/>	6-8 ساعات

أكثر من 8 ساعات في اليوم



إذا شعرت بالتعب ، فمتى شعرت بالإرهاق؟ *

يرجى وضع علامة على الأعراض لأول اربعة اسابيع, ثم الأشهر التالية (إن وجدت). حتى إذا كنت قد عانيت من هذه الأعراض لمدة جزء من أسبوع أو شهر ، فيرجى تحديدها.

الشهر السابع	الشهر السادس	الشهر الخامس	الشهر الرابع	الشهر الثالث	الشهر الثاني	الأسبوع الرابع	الأسبوع الثالث	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	غير متاح	ارهاق
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Changes in Sensitivity to Medication or Other Substances

التغيرات في الحساسية اتجاه للأدوية أو المواد الأخرى

هل واجهت مشاكل مع تغيرات في الحساسية للأدوية أو المواد الأخرى



نعم



لا

ما الدواء (الأدوية) أو المادة (المواد)؟ إذا كانت متعددة ، يرجى الفصل بفاصلة.

إذا كان الدواء ، فما سبب تناوله؟

يرجى وصف التغييرات التي لاحظتها:

General Functioning

بشكل عام ، هل تعتقد أن صحتك قبل ظهور أعراض كوفيد-19 كانت:

- ○
○
○
○

ممتاز
جيد جدا
جيد
مقبول
ضعيف

بشكل عام ، هل تقول أن صحتك حاليًا هي:

- ○
○
○
○

ممتاز
جيد جدا
جيد
مقبول
ضعيف

هل تحدد صحتك حاليًا قدرتك على صعود عدة درجات من السلالم او الدرج؟

-

نعم ، محدودة كثيرا

نعم ، محدودة قليلا

لا ، غير محدود على الإطلاق

هل تحدد صحتك حاليًا قدرتك على المشي لمسافات قريبة؟

-

نعم ، محدودة كثيرا

نعم ، محدودة قليلا

لا ، غير محدود على الإطلاق

هل حالتك الصحية الحالية تحد من قدرتك على القيام بالنظافة الشخصية أو ارتداء الملابس بنفسك؟ *

-

نعم ، محدودة كثيرا

نعم ، محدودة قليلا

لا ، غير محدود على الإطلاق

خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، هل واجهت أيًا من المشكلات التالية في عملك أو الأنشطة اليومية العادية الأخرى نتيجة صحتك البدنية ؟ (اختر من كل ما ينطبق)

-

أنجزت أقل مما تريد

كانت محدودة في نوع العمل أو الأنشطة الأخرى

ليس محدودا

خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، هل واجهت أيًا من المشكلات التالية في عملك أو الأنشطة اليومية

المعتادة الأخرى كنتيجة للصحة العاطفية؟ (اختر كل ما ينطبق) *

أنجزت أقل مما تريد

كانت محدودة في نوع العمل أو الأنشطة الأخرى

ليس محدودا

Mental Health

أعراض مرض نفسي

بإمكانك عدم الإجابة على أي من الأسئلة.

إذا كانت لديك أفكار انتحارية ، فإن خطوط المساعدة المجانية هذه متاحة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع لتقديم الدعم

الولايات المتحدة الأمريكية: 1-800-273-8255 (خط الازمات النصي: أرسل TALK إلى 741741)

المملكة المتحدة: 116123

هولندا: 0113 0800

كندا: 4566-456-833

ابحث عن خطوط أزمة إضافية لبلدك

هل سبق أن تم تشخيصك (قبل ظهور أعراض كوفيد 19) بحالة صحية نفسية (مثل الاكتئاب والقلق واضطراب الهلع والذهان وما إلى ذلك)؟

نعم

لا

هل تعتقد أنك مصاب أو أنك كنت مصاب بحالة نفسية لم يتم تشخيصها؟

نعم

لا

إذا أجبت بنعم على أي من السؤالين أعلاه ، فأني مما يلي واجهته؟ (اختر من كل ما ينطبق)

الإكتئاب

اضطراب ثنائي القطب

القلق

اضطراب استخدام المواد المخدرة

اضطرابات الأكل

اضطراب الشخصية

الذهان

هذيان

آخر

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

يرجى التحديد كل حالة تنطبق عليك:

تحسن كبير خلال كوفيد 19	تحسن معتدل خلال كوفيد 19	معتدل يتفاقم أثناء كوفيد 19	ظاهر يتفاقم أثناء كوفيد 19	بدأت خلال كوفيد 19	لا تغيير أثناء كوفيد 19	غير متاح
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الإكتئاب

اضطراب ثنائي القطب

القلق

اضطراب تعاطي المواد المخدرة

اضطرابات الأكل

اضطراب الشخصية

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الذهان

هذيان

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

آخر

إختياريا صِف كيف شعرت أو أثرت الظروف عليك أثناء كوفيد 19

Depressive Symptoms

على مدار الأسبوعين الماضيين ، كم مرة انزعجت من أي من المشاكل التالية؟

كل يوم تقريبا	أكثر من نصف الايام	عدة أيام	لا ابدا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	القليل من الاهتمام أو المتعة في نشاطاتك اليومية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	صعوبة في النوم / البقاء نائما ، والنوم كثيرا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشعور بالتعب أو الارهاق
كل يوم تقريبا	أكثر من نصف الايام	عدة أيام	لا ابدا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشعور بالسوء تجاه نفسك أو أنك فاشل أو خذلت نفسك أو عائلتك

التحرك أو التحدث ببطء شديد
لدرجة أن الآخرين قد
يلاحظونه. أو العكس. أن تكون
مملاً جداً أو قلماً لدرجة أنك
تتحرك كثيراً أكثر من المعتاد.

التفكير في أنك ستكون أفضل
حالاً ميثاً أو أن تؤدي نفسك
بطريقة ما.

كل يوم تقريبا أكثر من نصف الايام عدة أيام لا ابدا

إذا قمت بإختيار أي من المشاكل المذكورة أعلاه ، ما مدى صعوبة هذه المشاكل بالنسبة لك للقيام
بعملك ، أو الاعتناء بالأشياء في المنزل ، أو التعامل مع أشخاص آخرين؟

ليس صعباً على الإطلاق
صعب نوعاً ما
صعب جداً
صعب للغاية

(إختياري) إذا رغبت في ذلك ، يرجى مشاركة المزيد حول تجربتك.

Anxiety Symptoms

على مدار الأسبوعين الماضيين ، كم مرة كانت تزعجك أي من المشكلات التالية؟

كل يوم تقريبا أكثر من نصف الايام عدة أيام لا ابدا

الشعور بالتوتر أو القلق

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	عدم القدرة على التوقف أو التحكم في القلق
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	القلق كثيرا بشأن أشياء مختلفة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	صعوبة في الاسترخاء
كل يوم تقريبا	أكثر من نصف الايام	عدة أيام	لا ابدا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أن تكون قلقا لدرجة الصعوبة في البقاء ساكنا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الانزعاج أو سرعة الانفعال
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الشعور بالخوف وكأن شيئاً فظيماً قد يحدث
كل يوم تقريبا	أكثر من نصف الايام	عدة أيام	لا ابدا	

إذا قمت بإختيار أي من المشاكل المذكورة أعلاه ، ما مدى صعوبة هذه المشاكل بالنسبة لك للقيام بعملك ، أو الاعتناء بالأشياء في المنزل ، أو التعامل مع أشخاص آخرين؟

<input type="radio"/>	ليس صعباً على الإطلاق
<input type="radio"/>	الصعب نوعاً ما
<input type="radio"/>	صعب جداً
<input type="radio"/>	صعب للغاية

(إختياري) إذا رغبت في ذلك ، يرجى مشاركة المزيد حول تجربتك.

Suicidal Thoughts

في حالة راودتك أفكار انتحارية، هذه الخطوط المجانية توفر المساعدة على مدار الساعة:

الولايات المتحدة الأمريكية: 1-800-273-8255 (خط الازمات النصي: ارسل كلمة TALK إلى 741741)

المملكة المتحدة: 116 123

هولندا: 0800 0113

كندا: 33-833-456-4566

ابحث عن خطوط مساعدة إضافية لبلدك

أثناء جائحة الكوفيد هل:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

تمنيت لو كنت ميتاً أو تمنيت أن تنام ولا تستيقظ

راودتك أفكار لقتل نفسك

راودتك أفكار إيذاء نفسك

فعلت أي شيء لإيذاء نفسك

لم يكن لدي أي أفكار انتحارية

آخر

Psychiatric Medication

هل كنت تتعاطى أدوية نفسية أثناء فترة التعافي؟

-
-
-

نعم

لا

في أي وقت خلال جائحة كورونا ، هل كانت هناك تغييرات في أدويةك النفسية؟

-
-
-
-

نعم ، تم تعديل جرعة دوائي السابق

نعم ، تم وصف أدوية جديدة لي

لا ، واصلت تناول الدواء بالجرعة السابقة

لا ، لم أكن بحاجة لأدوية نفسية

إذا وصفت لك أدوية جديدة ، فماذا كانت؟

الميلاتونين للأرق

مضاد للاكتئاب (/ SSRI / SNRI)
Wellbutrin ، إلخ.

مثبت الحالة المزاجية (مثل الليثيوم ، وحمض
الفالبرويك ، والتوبيراميت ، إلخ)

ويلبوترين (بوبروبيون)

المنشطات

البنزوديازيبين (دواء مضاد للقلق)

آخر

مضادات الهلوسة

دواء Z للأرق (مثل زولبيديم ، زوبيكلون ،
زاليلون)

هل كنت تتناول أيًا من هذه الأدوية؟ يرجى توضيح كيفية تأثيرها على حالتك. (أجب على أي شيء ينطبق على حالتك)

أسوأ بكثير	أسوأ	أسوأ قليلا	لا تغيير	أفضل قليلا	أفضل إلى حد ما	أفضل بكثير
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

مضاد للاكتئاب (/ SSRI / SNRI)
Wellbutrin ، إلخ.

البنزوديازيبين (دواء مضاد للقلق)

مضادات الهلوسة

دواء Z للأرق (مثل زولبيديم ، زوبيكلون ،
زاليلون)

Coping

ما هي أنشطة الرفاهية التي قمت بها / شاركت فيها لمساعدتك على التأقلم؟ (اختر كل ما ينطبق)

- مجموعات / مجتمعات دعم عبر الإنترنت متخصصة لمرضى كوفيد 19
- مجموعات / مجتمعات الدعم عبر الإنترنت غير مخصصة لمرضى كوفيد 19
- علاج نفسي
- يوجا
- تمارين الأيروبيك
- تأمل
- لا شيء مما سبق

إذا كنت قد انضمت إلى مجتمع كوفيد 19 عبر الإنترنت ، فما هو تأثير المشاركة على صحتك النفسية؟

- أدى إلى تحسن بشكل كبير لصحتي النفسية
- أدى إلى تحسن بشكل معتدل لصحتي النفسية
- لم يؤثر على صحتي النفسية
- تدهورت حالتي النفسية بشكل متوسط
- أدى إلى تدهور كبير في صحتي النفسية

هل تتفق مع هذه الجملة؟ "لم يصدقني واحد أو أكثر من أطبائي"

- أوافق تماما
- أوافق
- أوافق نوعا ما
- لا أوافق ولا أرفض
- أعارض نوعا ما



اعارض
أعارض تماما

(إختياري) صف كيف اثرت المشاركة في النشاطات الاجتماعية عبر الانترنت على صحتك النفسية

كوني منعزلاً جسدياً عن الآخرين:



كان له تأثير سلبي قوي على صحتي النفسية
 كان له تأثير سلبي على صحتي النفسية
 لم يكن له اي تأثير على صحتي النفسية
 كان له تأثير إيجابي على صحتي النفسية
 كان له تأثير إيجابي قوي على صحتي النفسية
 لم أعزل نفسي عن الآخرين

(إختياري) قِيم العبارات الـ 28 أدناه حول طرق التأقلم مع الوضع

لقد كنت أفعل هذا
كثيراً

كمية متوسطة

قليلاً

لم أفعل هذا على
الإطلاق



كنت ألجأ إلى العمل أو
الأنشطة الأخرى لإبعاد ذهني
عن الأمور



لقد كنت أركز جهودي على
فعل شيء حيال الموقف الذي
أنا فيه



كنت أقل لنفسي "هذا ليس
حقيقياً"

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أتعاطي الكحول أو المخدرات الأخرى لأجعل نفسي أشعر بتحسن
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد تلقيت الدعم العاطفي من الآخرين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد أستسلمت من محاولة التعامل مع الوضع
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد اتخذت إجراءات لمحاولة تحسين الوضع
لقد كنت أفعل هذا كثيراً	كمية متوسطة	قليلاً	لم أفعل هذا على الإطلاق	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أرفض تصديق ما يحدث
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أقول أشياء لأتخلص من مشاعري السلبية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد تلقيت المساعدة والنصح من أشخاص آخرين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أحاول رؤيته من منظور مختلف ، لجعله يبدو أكثر إيجابية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أنتقد نفسي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أحاول التوصل إلى استراتيجية حول ما يجب فعله
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد تلقيت الراحة والتفاهم من شخص ما
لقد كنت أفعل هذا كثيراً	كمية متوسطة	قليلاً	لم أفعل هذا على الإطلاق	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أتخلى عن محاولة التأقلم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أبحث عن شيء جيد فيما يحدث
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أسرد نكاتا عن الموضوع

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت اشغل نفسي بأشياء حتى لا أفكر فيه كثيرًا ، مثل الذهاب إلى السينما أو مشاهدة التلفزيون أو القراءة أو أحلام اليقظة أو النوم أو التسوق
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أتقبل حقيقة حدوث ذلك
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أعبر عن مشاعري السلبية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أحاول أن أجد الراحة في ديني أو معتقداتي الروحية
لقد كنت أفعل هذا كثيرًا	كمية متوسطة	قليلا	لم أفعل هذا على الإطلاق	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أحاول الحصول على نصائح أو المساعدة من أشخاص آخرين حول ما يجب القيام به
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أتعلم كيف أعيش معها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أفكر بعمق في الخطوات التي يجب اتخاذها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت ألوم نفسي على الأشياء التي حدثت
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنت أصلي أو أتأمل
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كنت أسخر من الموقف
لقد كنت أفعل هذا كثيرًا	كمية متوسطة	قليلا	لم أفعل هذا على الإطلاق	

أي شيء آخر تود مشاركته بخصوص التأقلم مع المرض

Structural Support

كيف تصف الدعم أو نقص الدعم من الأشخاص التاليين أثناء مرضك؟

مشارك بفعالية	غير متاح	داعم	قليل قليل	لا مبالي	متشكك	رافض	مضر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقدمي الخدمات الطبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصدقاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الزوج / الشريك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأسرة (وليس الزوج / الشريك)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صاحب العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آخر

(إختياري) إذا كنت ترغب في ذلك ، فلا تتردد في مشاركة تجربتك بشأن الدعم أو نقص الدعم من الأشخاص أثناء مرضك.

أثناء إصابتك بالمرض ، أي من هذه السيناريوهات يطابق تجربتك؟

- عشت بمفردتي وشعرت بأنني مجهز جيداً للاعتناء بنفسني
- عشت بمفردتي واحتجت إلى مساعدة أكثر مما يمكنني الحصول عليه
- لقد عشت مع شخص ما وتم الاعتناء بي جيداً
- عشت مع شخص ما واحتجت إلى مساعدة أكثر مما يمكنني الحصول عليه

آخر

إذا كنت تعزل نفسك، سواء في مكان داخل نفس المنزل أو في منزل مختلف ، فأَي من هذه السيناريوهات يتناسب مع تجربتك الأفضل؟ نعني أنك بدأت العيش مع الآخرين مرة أخرى ، وليس مجرد زيارة / التواصل مع الآخرين.

لم أكن أعزل / كنت أعيش مع آخرين طوال فترة مرضي.

لقد اجتمعت مع آخرين في مرحلة ما خلال الأسابيع 1-3 وأصيبوا بالعدوى (على الأرجح مني)

لقد اجتمعت مع آخرين في مرحلة ما خلال الأسابيع 1-3 ولم يصابوا بالعدوى

لقد اجتمعت مع آخرين في وقت ما خلال الأسابيع 4-6 وأصيبوا بالعدوى

لقد اجتمعت مع آخرين في وقت ما خلال الأسابيع 4-6 ولم يصابوا بالعدوى

لقد اجتمعت مع آخرين في وقت ما بعد الأسبوع السادس وأصيبوا بالعدوى

لقد اجتمعت مع آخرين في وقت ما بعد الأسبوع السادس ولم يصابوا بالعدوى

ما زلت أعزل نفسي / لم ألتق بالآخرين

غير متاح

هل لديك أي حيوانات أليفة في المنزل؟

نعم

لا

إذا اجبت بنعم، من فضلك وضح *

قطط

كلاب

القوارض

آخر

* فيما يتعلق بالرعاية الطبية التي تلقيتها خلال جائحة كورونا

أعتقد أنني تلقيت القدر المناسب من الرعاية الطبية

أعتقد أنني تلقيت إلى حد ما أقل من القدر المناسب من الرعاية الطبية

أعتقد أنني تلقيت أقل بكثير من القدر المناسب من الرعاية الطبية

لم أكن بحاجة إلى أي رعاية طبية

* فيما يتعلق بالوضع المالي خلال جائحة كورونا (اختر كل ما ينطبق)

فقدت وظيفتي أو لم أتمكن من العمل إذا كنت أعمل لحسابي الخاص

لم أستطع تحمل التكاليف الأساسية مثل الطعام والإيجار

لقد تعرضت لضغوط مالية ولكنني تمكنت من تغطية نفقاتي

لم أشعر بأي ضغوط مالية

(إختياري) أعتقد أن حكومتي الفيدرالية ومؤسسات الصحة العامة الوطنية بذلت قصارى جهدها للتعامل مع جائحة كورونا .

أوافق تماما

أوافق

أوافق نوعا ما

لا أوافق ولا أرفض

اعارض نوعا ما

اعارض

أعارض تماما

إذا كان لديك أطفال ، هل أصيب أطفالك بكوفيد 19 (أو يشتبه في إصابتهم بكوفيد 19) لأكثر من ثلاثة أسابيع؟

- ليس لدي اطفال.
- أطفالي لم يمرضوا.
- مرض أطفالي لكنهم تعافوا في أقل من 3 أسابيع.
- مرض واحد أو أكثر من أطفالي لأكثر من 3 أسابيع ، وتعافى واحد أو أكثر من أطفالي قبل 3 أسابيع.
- مرض جميع أطفالي منذ أكثر من 3 أسابيع.

Work

هل كنت موظفًا قبل كوفيد 19؟

- نعم ، بدوام كامل
- نعم ، بدوام جزئي
- كنت أعمل لحسابي الخاص ، بدوام كامل
- كنت أعمل لحسابي ، بدوام جزئي
- لا

هل احتجت إلى تعديل أو تقليل ساعات العمل بسبب استمرار أعراض المرض؟

- نعم ، كنت بحاجة إلى تقليل ساعات العمل (عمل شخصي ليس عن بعد).
- نعم ، كنت بحاجة لتقليل ساعات العمل (العمل عن بعد).
- نعم ، اضطررت إلى ترك وظيفتي أو طُردت.
- لا ، لقد تمكنت من مواصلة العمل كالمعتاد.

آخر، يرجى الوصف

Other Medical Diagnostics

هل تلقيت أي من الفحوصات التشخيصية الطبية لأعراضك الجسدية لكوفيد 19؟ (المسح ، الموجات فوق الصوتية ، تخطيط القلب)

نعم
لا

هل خضعت لأي من الاختبارات الطبية التشخيصية التالية؟ ملحوظة: إذا خضعت للاختبار أكثر من مرة وحصلت على نتيجة "غير طبيعي" مرة واحدة، رجاء اختيار غير طبيعي.

نعم - غير طبيعي

نعم - طبيعي

لم يتم الفحص

التصوير بالرنين المغناطيسي - الدماغ

التصوير بالرنين المغناطيسي - الصدر

الأشعة المقطعية - الصدر

الأشعة المقطعية - الدماغ

الأشعة المقطعية - البطن

نعم - غير طبيعي

نعم - طبيعي

لم يتم الفحص

الأشعة المقطعية - تصوير الأوعية الرئوية

الأشعة السينية - الصدر

البرزق القطني

تخطيط الصدى - الرجل

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تخطيط الصدى - القلب
نعم - غير طبيعي	نعم - طبيعي	لم يتم الفحص	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تخطيط الصدى - البطن
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رسم القلب (ECG)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رسم المخ (EEG)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التخطيط الكهربى للعضلات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آخر
			<input type="text"/>
نعم - غير طبيعي	نعم - طبيعي	لم يتم الفحص	

إذا كان تصوير الدماغ بالرنين المغناطيسي أو التصوير المقطعي للدماغ أو مخطط كهربية الدماغ غير طبيعي ، فيرجى وصف النتائج هنا.

إذا كان تصوير الصدر بالرنين المغناطيسي أو التصوير المقطعي للصدر أو الأشعة السينية للصدر غير طبيعي ، فيرجى وصف النتائج هنا.

إذا كان فحص الصنبور الشوكي غير طبيعي ، يرجى وصف النتائج هنا.

إذا كان مخطط كهربية العضل غير طبيعي ، يرجى وصف النتائج هنا.

إذا كان أي من الفحوصات الأخرى المذكورة أعلاه غير طبيعي ، يرجى وصف النتائج هنا.

إذا أجريت اي اختبارات لم تكن مذكورة هنا وجاءت نتائجها غير طبيعية، يرجى وصف النتائج هنا.

Diagnostics Blood Tests

هل تلقيت تشخيص لكوفيد 19 عن طريق عينة من الدم؟ (مثل CBC)

-

نعم
لا

ماذا كانت نتائج اختبارات الدم للتالي؟ (إذا وجدت نتيجة غير طبيعية ثم تم حل المشكلة لاحقاً، رجاء أذكر النتيجة الغير طبيعية)

اردت الحصول على فحص ولكنك لم تكن قادر	غير متأكد / لا اجد النتائج	غير طبيعي ومنخفض	غير طبيعي ، مرتفع	طبيعي	لم يفحص	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الكرياتينين (عادة جزء من لوحة الغذائي الأساسية)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تعداد اللمفاويات (عادةً جزء من CBC ، تعداد الدم الكامل)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	عدد الحمضات (عادة جزء من CBC)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نسبة الحمضات (عادة جزء من CBC)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اختبار وظائف الكبد
اردت الحصول على فحص ولكنك لم تكن قادر	غير متأكد / لا اجد النتائج	غير طبيعي ومنخفض	غير طبيعي ، مرتفع	طبيعي	لم يفحص	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ديمر-دي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بروتين سي التفاعلي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرعة التثفل
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الفيريونجين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آخر

يرجى وصف النتيجة بالتفصيل لأي فحوصات دم غير طبيعية

اذكر أي فحص آخر للدم كانت نتيجته غير طبيعية. (يرجى وضع كل اختبار غير طبيعي في سطر جديد).

هل تم فحصك لهذه الحالات منذ كوفيد 19؟

عدوى سابقة	إلتهاب حالي او حديث (منذ كوفيد 19)	سلبي	لم تختبر	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إبشتاين بار (أحادي)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرض لايم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الفيروس المضخم للخلايا (CMV)

هل تم تشخيصك بأي من هذه الامراض لأي من أعراضك؟ يرجى اختيار كل ما ينطبق.

متلازمة غيلان باريه

الاعتلال العصبي الليفى الصغير

الاعتلال العصبي اللاإرادي

اعتلال الأعصاب

ألم عصبي (يرجى ذكر نوع الألم العصبي في مربع النص)

متلازمة Antiphospholipid ، التي يسببها الفيروس أو المناعة الذاتية

السااركويد

- جلطة الدماغية (يرجى ذكر نوع الجلطة في مربع النص)
- الآفات المزيل للميالين
- متلازمة عدم انتظام دقات القلب الانتصابي
- اعتلال الدماغ
- إلتهاب الدماغ (يرجى ذكر نوع إلتهاب الدماغ في مربع النص)
- إلتهاب السحايا والدماغ
- إلتهاب السحايا
- إلتهاب الدماغ والنخاع الحاد المنتشر
- إلتهاب النخاع الحاد
- خزل العين
- اضطرابات نفسية
- الشقيقة
- اعتلالات الأعصاب الحركية أو القحفية
- متلازمة اعتلال الدماغ العكسي الخلفي
- الوهن العضلي
- اعتلال الأوعية الدقيقة الخثاري
- متلازمة تايبا
- الصرع
- إصابات الدماغ الرضية (TBI) أو أعراض تشبه إصابات الدماغ الرضية
- إلتهاب الدماغ والنخاع العضلي / متلازمة التعب المزمن (ME / CFS)
- إصابة العصب القحفي
- ثقب البقعي
- إلتهاب الأضلاع والغضاريف
- تخثر الدم
- إلتهاب عضلة القلب

يرجى وصف أي تشخيص آخر تم إعطاؤه لك (إذا كان التشخيص متعددًا ، يرجى وضع كل تشخيص

في سطر جديد والضغط على "إدخال" بين كل تشخيص.)

Treatments

هل جربت أيًا من العلاجات التالية لأعراض كوفيد 19 ، إذا كانت الإجابة بنعم ، ما مدى فائدتها؟
(اختر كل ما يمكن تطبيقه) وهذا يشمل الوصفات الطبية أو الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية أو
العلاجات البديلة.

لم اجرّب	مفيد	مفيد جدا	غير مفيد	غير متأكد	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	خيارات العلاج غير الطبية المشروبات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	برامج النظم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إضافة الملح للطعام والشراب
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الملابس الضاغطة (الجوارب ، اللباس الداخلي)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العلاج بالإبر
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التدليك للمفاوي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مضادات الهيستامين مضادات الهيستامين من النوع H1 (ديفينهيدرامين ، أكريفاستين وسينثيزين ، مثل بينادريل ، زيرتيك ، كلاريتين)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مضادات الهيستامين H2
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الحشيش
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	منتجات الكانابيديول (CBD) فقط

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الستيروئيدات بريدنيزون و الديكساميثازون
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مميع الدم جرعة أسبرين صغيرة (٧٥-٨١)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مضادات التخثر الفموية - ريفاروكسابان (زارلتو)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الوارفارين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مضادات الإلتهاب الكركم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أوميغا 3 / EPA / DHA (زيت السمك)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	علاجات الجهاز المناعي جلوبيولين جاما في الوريد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بلازما النقاهاة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الأدوية المضادة للفيروسات رمسديسيفير
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مضاد حيوي أزيثروميسين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	علاج لمرض الملاريا الكلوروكين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هيدروكسي كلوروكوين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مضادات الأكسدة أوكسالواسيتات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مسكنات الألم التي لا تحتاج لوصفة، مضادات الإلتهاب غير الستيروئيدية (نايلانول - باراسيتامول)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مسكن الم غير سترودئية (أيبوبروفين - نابروكسين - أسبرين (جرعة كاملة))

يرجى وصف أي علاجات أو أدوية / مكملات أخرى أو أي شيء آخر أدى إلى تحسن الأعراض بشكل ملحوظ. (يرجى وضع كل سطر جديد بالضغط على "إدخال" بعد كل سطر

Overall COVID Experience Text Write In

إختياري: يرجى وصف أي مشاكل أو أعراض تريد أن يعرفها الآخرون حول تجربتك الشخصية مع فيروس كورونا، أو أي شيء لم يتم ذكره هنا. الرجاء عدم تضمين أي معلومات شخصية ممكن ان تعرف عن طريقها (مثل الإسم أو الموقع)

لقد وصلت الى نهاية الاستبيان!

يرجى مراجعة الاجوبة بدقة. اذا كنت تتأكد من الاجوبة، من فضلك اضغط على التالي للإرسال

لا يمكن إجراء اي تعديلات بعد ذلك. شكرا لك على تعاونك ووقتك!

.To return to this survey later, bookmark the link that is in your browser

Qualtrics بواسطة