

Indonesian ▾

Information needed

Anda mungkin perlu menyiapkan beberapa hal berikut ini untuk menyelesaikan survei. *Jika Anda tidak memilikinya, mohon dapat tetap mengisi survei semampu Anda.*

<p>Hasil Tes</p>	<p><i>Tanggal, tipe (PCR, antibody) dan hasilnya. Jika Anda tidak ingat tanggalnya, Anda cukup mengestimasi. <u>Jika Anda menjalani tes antibody, kami akan menanyakan pembuatnya namun informasi ini tidak terlalu disyaratkan.</u></i></p>
<p>Waktu dan Tingkat Keparahan Gejala</p>	<p><i>Riwayat gejala Anda. <u>Anda akan diminta untuk memilih gejala-gejala yang Anda alami selama 4 minggu pertama, dan beberapa bulan setelahnya, hingga bulan ke-7</u></i></p>
<p>Tes Diagnostic Lainnya</p>	<p><i>Hasil tes kesehatan Anda. <u>Anda akan diminta untuk menjawab beberapa pertanyaan tentang tes kesehatan terkait gejala fisik COVID-19 Anda (Tes Darah, MRI/CT Scans/X-ray, Ultrasound, EKG) Jika Anda tidak menjalani tes tersebut tidak masalah.</u></i></p>

Take a Break

Harap diingat bahwa Anda dapat berhenti dan melanjutkan survei ini di lain waktu. Kemajuan Anda akan disimpan selama **dua minggu**.

Untuk kembali ke survei:

- **Simpan tautan pada browser Anda untuk melanjutkan survei setelahnya.**
- Jangan mengerjakan survei ini dalam mode private/incognito.
- Jangan bersihkan cookies pada browser Anda.

Kami merekomendasikan Anda untuk mengambil waktu istirahat terutama jika Anda mengalami keluhan demi kesehatan mental.

Demographics

Negara tempat Anda tinggal saat ini? *

Kota tempat tinggal Anda saat ini? Mohon menyebutkan negara bagian jika ada (contoh New York, NY) *

Sebutkan jenis tempat tinggal Anda saat ini? *

- Sub perkotaan
- Perkotaan
- Pedesaan

Sebutkan group usia Anda? *

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

Sebutkan gender Anda? *

- Wanita
- Pria
- Non-binary/Genderqueer/Gender non-conforming
- Memilih tidak menjawab
- Lainnya

Apakah gender Anda sesuai dengan saat Anda dilahirkan? *

- Ya
- Tidak

Apakah saat ini Anda sedang mengandung? *

- Ya

- Tidak
- N/A

Apakah Anda sedang dalam masa paska persalinan atau kurang? *

- Ya
- Tidak
- N/A

Apakah Anda memiliki periode menstruasi? *

- Ya
- Tidak, paska-menopaus
- Tidak, alasan lain
- N/A

Manakah dari pilihan di bawah ini yang sesuai dengan ras keturunan Anda? Pilih yang sesuai. *

- Asian, South Asian, South East Asian
- Kulit Hitam
- Kulit Putih
- Hispanic, Latino, or Spanish Origin (Mexican, Mexican American, Puerto Rican, Cuban...)
- Indigenous Peoples (Navajo Nation, Blackfeet Tribe, Mayan, Inupiat...)
- Pacific Islander (Native Hawaiian, Samoan, Fujian, Chamorro...)
- Middle Eastern, North African (Lebanese, Iranian, Egyptian, Moroccan...)
- Memilih tidak menjawab

Lainnya

What was your household annual income immediately **BEFORE COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Prefer not to answer

What is your household annual income now, **AFTER COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Prefer not to answer

What was your household annual income immediately **BEFORE COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD

- >\$150,000 CAD
- Prefer not to answer

What is your household annual income now, **AFTER COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Prefer not to answer

What is your household annual income, **BEFORE COVID-19?** *

- å£0 - å£20,000 GBP
- å£20,000 - å£40,000 GBP
- å£40,000 - å£60,000 GBP
- å£60,000 - å£80,000 GBP
- >å£80,000 GBP
- Prefer not to answer

What is your household annual income, **AFTER COVID-19?** *

- å£0 - å£20,000 GBP
- å£20,000 - å£40,000 GBP
- å£40,000 - å£60,000 GBP
- å£60,000 - å£80,000 GBP
- >å£80,000 GBP
- Prefer not to answer

What is your household annual income, **BEFORE COVID-19?** *

- â€0 - â€20,000 EUR
- â€20,000 - â€40,000 EUR
- â€40,000 - â€60,000 EUR
- â€60,000 - â€80,000 EUR
- >â€80,000 EUR
- Prefer not to answer

What is your household annual income, **AFTER COVID-19?** *

- â€0 - â€20,000 EUR
- â€20,000 - â€40,000 EUR
- â€40,000 - â€60,000 EUR
- â€60,000 - â€80,000 EUR
- >â€80,000 EUR
- Prefer not to answer

Sebutkan latar pendidikan Anda terakhir? *

- Semcam sekolah menengah atas atau di bawahnya
- Sekolah menengah atas
- Sarjana
- Paska Sarjana

Apakah Anda seorang tenaga kesehatan? *

- Ya

Tidak

Bagaimana Anda dapat menemukan survei ini? *

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Body Politic Slack Group | <input type="checkbox"/> Instagram |
| <input type="checkbox"/> Group Penyintas Long Haul COVID di Facebook | <input type="checkbox"/> Friend/Family shared it with me |
| <input type="checkbox"/> Group Dukungan Long Covid di Facebook | <input type="checkbox"/> Patient Led Research mailing list |
| <input type="checkbox"/> Group Dukungan lainnya Facebook | <input type="checkbox"/> Media (artikel, surat kabar, blog) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lainnya |
| | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Twitter | |

Background Section

Kapan Anda pertama mulai merasakan gejala? *

	Month	Day	Year
Pilih	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Apakah Anda masih mengalami gejala/keluhan? *

- Ya
- Tidak

Recovered - Total Days

Berapa hari Anda mengalami gejala secara total? *

Lifestyle & Pre-existing Conditions

Apakah Anda mengalami salah satu dari penyakit/diagnosa lain di bawah ini sebelum terkena COVID-19 (kondisi pre-existing)?

- Alergi Makanan
- Alergi Lingkungan (debu, jamur)
- Alergi Bahan Kimia
- Alergi Musiman
- Alergi yang tidak diketahui penyebabnya
- Alergi lainnya
- Insomnia
- Lucid dreams (mimpi dimana Anda sadar sedang bermimpi atau memiliki control terhadap mimpi Anda)
- Mimpi buruk
- Vivid dreams
- Keringat Malam
- Sleep apnea
- Penyakit Asam Lambung
- Penyakit Celiac
- Penyakit Crohn
- Kolitis Ulseratif (penyakit radang usus kronis)
- Sindrom Iritasi Usus Besar / Irritable Bowel Syndrome (IBS)
- Masalah Pencernaan lainnya
- Asma

- Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK/COPD)
- Tuberculosis
- Eksema
- Masalah kulit yang disebabkan virus (herpes, kutil, moluskum)
- Demensia
- Kejang/epilepsi
- Migrain
- Sklerosis Lateral Amiotrofik / ALS
- Penyakit Parkinson
- Multiple Sclerosis
- Neuropati Perifer
- Penyakit Jantung Koroner
- Gagal Jantung
- Hipertensi (tekanan darah tinggi)
- Hipotensi (tekanan darah rendah)
- Riwayat pembekuan darah
- Riwayat stroke
- Kolesterol tinggi / hiperlipidemia
- Prolaps Katup Mitral / Mitral valve prolapse
- Anemia
- Autis
- Autoimun/kondisi reumatologis
- Kanker (semua jenis)
- Penyakit Ginjal Kronis
- Diabetes Tipe 1
- Diabetes Tipe 2
- Sindrom Ehlers-Danlos (EDS)
- Endometriosis
- Fibromyalgia
- Kekurangan IgA
- Nyeri Kandung Kemih / Interstitial Cystitis

- Hepatitis (A/B/C)
- HIV
- Sindrom Aktivasi Sel Mast (MCAS)
- Myalgic Encephalomyelitis / Sindrom Kelelahan Kronis (ME/CFS)
- Obesitas
- Sindrom Takikardi Ortostatik Postural (POTS)
- Infeksi bakteri berulang
- Infeksi virus berulang
- Sindrom Kaki Gelisah
- Gangguan Sendi Rahang / TMJ (temporomandibular joint dysfunction)
- Vertigo
- Masalah Penglihatan: jarak dekat/jarak jauh (
- Kekurangan Vit D
- Tidak ada satupun di atas

Mohon menyebutkan kondisi pre-existing Anda yang belum tersebutkan di sini. Jika banyak, mohon dapat dipisahkan dengan tanda koma. Mohon hanya menyebutkan nama penyakitnya saja tanpa menambahkan penjelasan atau deskripsi.

Apakah kondisi pre-existing Anda berubah selama mengalami gejala COVID-19?

- Ya, dan tambah buruk
- Ya, semakin membaik
- Beberapa membaik, beberapa menetap, beberapa memburuk (mohon memberikan penjelasan pada kolom halaman berikut
- Tidak, kondisinya menetap
- N/A (Saya tidak memiliki kondisi pre-existing)

Jika kondisi pre-existing Anda memburuk, mohon jelaskan di bawah ini. (opsional)

Jika kondisi pre-existing Anda membaik, mohon jelaskan di bawah ini. (opsional)

Apa golongan darah Anda? Jika tidak tahu mohon pilih "Tidak Tahu". *

Tidak Tahu

Hospitalization

Rawat Inap

Apakah Anda berkonsultasi dengan dokter atas gejala COVID Anda? Pilih yang sesuai. Terbuka untuk layanan medis pribadi dan telemedis, seperti via telepon. *

- Dokter Medis Alternatif
- Spesialis Jantung
- Spesialis Kulit
- Spesialis Pencernaan

- Spesialis Hematologi
- Dokter Jaga
- Spesialis Immunologi/Alergi
- Spesialis Penyakit Menular
- Dokter Umum
- Spesialis Syaraf/Neuroimmunologist
- Spesialis Obstetri dan Ginekologi (OB-GYN)
- Spesialis Kejiwaan/Psikiater
- Spesialis Paru
- Spesialis Reumatologi
- Lainnya
- Saya belum bertemu dengan dokter

Apakah Anda menjalani rawat inap/opname? *

- Ya
- Tidak
- Saya masuk UGD tetapi tidak sampai menginap di rumah sakit

Jika ya: Berapa lama Anda dirawat? [Jumlah hari] *

Apakah Anda menerima dukungan alat oksigen di rumah sakit? *

- Ya, selang oksigen/nasal cannula
- Ya, saya diintubasi
- Tidak

- Saya tidak dirawat
- Lainnya

(Optional) Jika Anda bersedia, mohon ceritakan pengalaman Anda dengan layanan medis.

COVID-19 Testing

Apakah Anda mendapat pemeriksaan COVID-19 menggunakan swab? (Pertanyaan ini bukan tes antibodi yang akan dibahas pada bagian khusus survei ini) *

- Ya, Saya dites sekurangnya satu kali.
- Tidak, saya mencoba mencari layanan tes namun tidak berhasil.
- Tidak, saya tidak berminat untuk tes.

Berapa kali Anda melakukan tes swab? *

- 1
- 2
- 3
- Lainnya

Pada tanggal berapa tes **pertama** Anda? (jika Anda tidak ingat, masukkan perkiraan)

tanggalnya) *

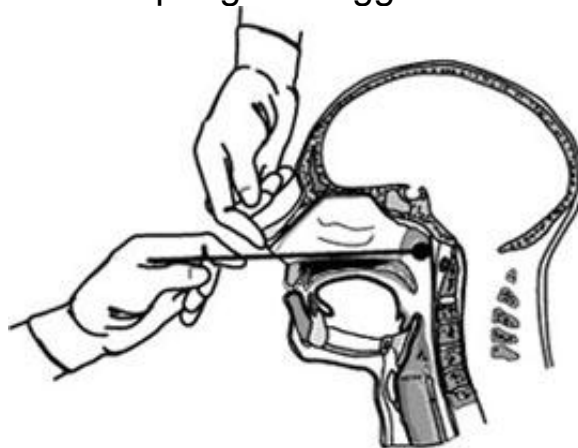
	Month	Day	Year
Pilih:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

Apakah ini adalah tanggal perkiraan?

Ini adalah tanggal perkiraan

Apa jenis tes swab COVID-19 pertama Anda?

- Lubang Hidung (sekresi lubang hidung saja tanpa masuk lebih dalam hingga belakang hidung dan tenggorokkan)
- Nasofaring (sekresi lubang hidung mulai dari pangkal hingga ke



belakang hidung dan tenggorokkan)

- Tenggorokkan
- Lainnya

Apa status hasil tes Anda *

- Positif
- Negatif

Belum jelas/Masih menunggu hasil

Pada tanggal berapa Anda dites untuk **kedua** kalinya? (Masukkan tanggal perkiraan jika Anda tidak ingat tanggal pastinya) *

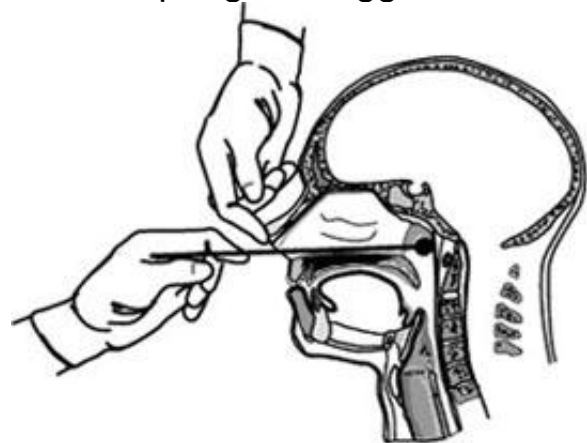
	Month	Day	Year
Pilih:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Apakah ini adalah tanggal perkiraan?

Ini adalah tanggal perkiraan

Apa jenis tes swab COVID-19 **kedua** Anda?

- Lubang Hidung (sekresi lubang hidung saja tanpa masuk lebih dalam hingga belakang hidung dan tenggorokkan)
- Nasofaring (sekresi lubang hidung mulai dari pangkal hingga ke



belakang hidung dan tenggorokkan)

- Tenggorokkan
- Lainnya

Apa status hasil tes Anda? *

- Positif
- Negatif
- Belum jelas/Masih menunggu hasil

On Pada tanggal berapa Anda dites untuk **ketiga** kalinya? (Masukkan tanggal perkiraan jika Anda tidak ingat tanggal pastinya)*

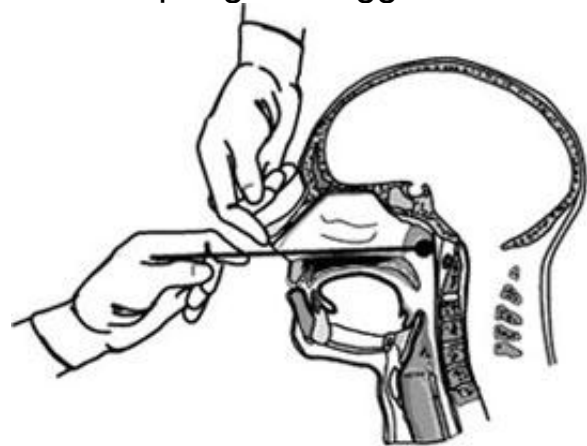
	Month	Day	Year
Pilih:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Apakah ini adalah tanggal perkiraan?

- Ini adalah tanggal perkiraan

Apa jenis tes swab COVID-19 **ketiga** Anda?

- Lubang Hidung (sekresi lubang hidung saja tanpa masuk lebih dalam hingga belakang hidung dan tenggorokkan)
- Nasofaring (sekresi lubang hidung mulai dari pangkal hingga ke



belakang hidung dan tenggorokkan)

- Tenggorokkan
- Lainnya

Apa status hasil tes Anda? *

- Positif
- Negatif
- Belum jelas/Masih menunggu hasil

Jika Anda melakukan tes lainnya, mohon jelaskan di bawah ini. Format penulisannya Tipe, Tanggal, dan Status hasil dengan tanda koma. Masukkan tanggal perkiraan terdekat jika Anda tidak ingat tanggal pastinya

Antibody Testing

Apakah Anda melakukan tes antibody? *

- Ya, saya melakukan tes antibodi setidaknya sekali
- Tidak, saya tidak melakukan tes antibodi sama sekali

Berapa kali Anda melakukan tes antibodi? *

Apakah hasil tes antibodi Anda? *

- Saya positif untuk IgG dan IgM
- Saya positif hanya untuk IgM
- Saya positif hanya untuk IgG
- Saya tidak tahu tipe antibodi tetapi hasil tes saya positif.
- Saya negatif

Jika Anda positif dan pada tes Anda termasuk nilai titer, berapa nilai untuk IgM?

Jika Anda positif dan pada tes Anda termasuk nilai titer, berapa nilai untuk IgG?

Apa tipe tes antibodi Anda? *

- Pengambilan Darah
- Tusuk Ujung Jari

Sebutkan tanggal tes antibody Anda (Masukkan tanggal perkiraan jika Anda tidak ingat tanggal pastinya) *

	Month	Day	Year
Pilih:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Apakah ini adalah tanggal perkiraan?

Ini adalah tanggal perkiraan

Apa nama produsen tes antibodi Anda? (Pilihlah hanya jika Anda mengetahui dengan pasti. Jika tidak, pilih "Saya tidak tahu") *

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Saya tidak tahu |
| <input type="radio"/> EuroImmuno | |

Apakah Anda memiliki tes antibodi lain yang ingin dilaporkan? *

- Ya
 Tidak

Apakah hasil tes antibodi Anda? *

- Saya positif untuk IgG dan IgM
 Saya positif hanya untuk IgM
 Saya positif hanya untuk IgG
 Saya tidak tahu tipe antibodi tetapi hasil tes saya positif.
 Saya negatif

Jika Anda positif dan pada tes Anda termasuk nilai titer, berapa nilai untuk IgM (dalam mg/dL)?

Jika Anda positif dan pada tes Anda termasuk nilai titer, berapa nilai untuk IgG (dalam mg/dL)?

Apa tipe tes antibodi Anda *

- Pengambilan Darah
- Tusuk Ujung Jari

Sebutkan tanggal tes antibodi Anda (Masukkan tanggal perkiraan jika Anda tidak ingat tanggal pastinya). *

	Month	Day	Year
Pilih:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Apakah ini adalah tanggal perkiraan?

Ini adalah tanggal perkiraan

Apa nama produsen tes antibodi Anda? (Pilihlah hanya jika Anda mengetahui dengan pasti. Jika tidak, pilih "Saya tidak tahu") *

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Saya tidak tahu |
| <input type="radio"/> EuroImmune | |

Apakah Anda memiliki tes antibodi lain yang ingin dilaporkan? *

- Ya
- Tidak

Apakah hasil tes antibodi Anda? *

- Saya positif untuk IgG dan IgM
- Saya positif hanya untuk IgM
- Saya positif hanya untuk
- Saya tidak tahu tipe antibodi tetapi hasil tes saya positif
- Saya negatif

Jika Anda positif dan pada tes Anda termasuk nilai titer, berapa nilai untuk IgM (dalam mg/dL)?

Jika Anda positif dan pada tes Anda termasuk nilai titer, berapa nilai untuk IgG (dalam mg/dL)?

*

Apa tipe tes antibodi Anda? *

- Pengambilan Darah
- Tusuk Ujung Jari

Sebutkan tanggal tes antibodi Anda (Masukkan tanggal perkiraan jika Anda tidak ingat tanggal pastinya) *

	Month	Day	Year
Pilih:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Apakah ini adalah tanggal perkiraan?

Ini adalah tanggal perkiraan

Apa nama produsen tes antibodi Anda? (Pilihlah hanya jika Anda mengetahui dengan pasti. Jika tidak, pilih "Saya tidak tahu")? *

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Saya tidak tahu |
| <input type="radio"/> EuroImmun | |

Symptoms

Gejala Terkait Ingatan

Apakah Anda mengalami **GEJALA TERKAIT INGATAN** sejak pertama mengalami COVID-19? *

- Ya
 Tidak

Manakah gejala terkait ingatan yang Anda alami sejak mengalami COVID-19? *

- Kehilangan ingatan jangka pendek (ingatan yang hanya bertahan hingga 30 detik seperti mengingat nomor telepon sebelum menekannya, atau lupa bahwa Anda sedang berada dalam sebuah tugas)
- Kehilangan ingatan jangka panjang (ingatan jangka panjang dapat berupa apa saja termasuk kesulitan mengingat hari sebelumnya, lupa bahwa Anda harus menyelesaikan sebuah tugas, lupa pelajaran yang belum lama Anda terima, atau lupa pengalaman tingkat tiga Anda (third grade experience))
- Tidak mampu mengingat hal baru
- Lupa bagaimana caranya melakukan tugas rutin (mengikat tali sepatu, mencuci tangan)
- Tidak ada
- Lainnya

Kapan Anda pertama kali mengalami gejala tersebut? *

Mohon tandai gejala **4 minggu** pertama, kemudian **bulan (jika ada)**.
Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala ini beberapa minggu atau bulan, mohon pilih.

	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5	Bulan 6
Gejala terkait ingatan	<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

Apakah Anda mengalami masalah terkait **BRAIN FOG** (sulit focus, berpikir jernih, merencanakan, memproses, memahami, dan inability to focus, think clearly, plan, process, understand, and melakukan aliran pemikiran yang koheren; pemikiran cepat atau lambat yang tidak normal) sejak pertama mengalami COVID-19? *

- Ya
 Tidak

Manakan gejala terkait brain fog/fungsi kognitif di bawah ini yang Anda alami sejak pertama mengalami COVID-19? *

- Kesulitan dengan fungsi eksekutif (merencanakan, mengatur, mencari tahu urutan tindakan, abstrak)
 Agnosia (gagal mengenali obyek meskipun fungsi sensorik utuh)
 Kesulitan mengambil keputusan
 Kesulitan berpikir
 Pikiran berubah terlalu cepat
 Pikiran lambat
 Konsentrasi buruk
 Saya tidak memiliki gejala terkait Brain Fog
 Lainnya

Kapan Anda pertama kali mengalami gejala tersebut? *

Mohon tandai gejala **4 minggu** pertama, kemudian **bulan** (jika Anda belum mencapai satu minggu/bulan, mohon kosongkan). Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala ini beberapa minggu atau bulan, mohon pilih.

minggu 1 Minggu 2 Minggu 3 Minggu 4 **Bulan** 2 Bulan 3 Bulan 4 Bulan 5 Bula 6

Brain
fog/gejala
fungsi
kognitif

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

Apakah Anda merasakan keterbatasan atau ketidakmampuan terhadap hal di bawah ini terkait **HILANG INGATAN ATAU BRAIN FOG** (termasuk permasalahan dengan perhatian, fungsi kognitif, dan kesadaran) secara khusus? *

	Sangat Tidak Bisa	Lumayan Tidak Bisa	Sedikit Tidak Bisa	Bisa	Tidak diaplika
Menyetir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mengawasi Anak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Memasak atau menggunakan alat pemanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Makan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mandi rutin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sangat Tidak Bisa	Lumayan Tidak Bisa	Sedikit Tidak Bisa	Bisa	Tidak diaplika
Mengambil keputusan serius	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meninggalkan rumah dan kembali tanpa tersesat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mengingat tanggal yang benar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berbicara dengan orang lain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mengatur jadwal minum obat (lupa harus minum obat atau lupa sudah minum obat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sangat Tidak Bisa	Lumayan Tidak Bisa	Sedikit Tidak Bisa	Bisa	Tidak diaplika

Bekerja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mengikuti instruksi sederhana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mengkomunikasi pikiran dan kebutuhan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sangat
Tidak
Bisa

Lumayan
Tidak
Bisa

Sedikit
Tidak
Bisa

Bisa

Tidak
diaplika

Opsional: Jika Anda memiliki permasalahan terkait hilang ingatan atau brain fog pada sisi lain, mohon sebutkan. Tandai apakah hal tersebut parah, sedang, atau ringan.

Optional: Mohon gunakan kolom isian ini untuk menjelaskan contoh brain fog, hilang ingatan, dan jangkauan perhatian.

Mohon tidak menyebutkan informasi terkait identitas (Seperti nama atau lokasi)

Emotional/Behavioral Changes

Perubahan Emosi dan Perilaku

Dibandingkan dengan sejak sebelum Anda terkena COVID-19, apakah Anda mengalami hal di bawah ini? *

- Kesulitan mengendalikan emosi
- Kekurangan inhibisi (kesulitan mengendalikan perilaku)
- Mudah marah
- Amarah
- Impulsif (bertindak sesuai keinginan tanpa kendali diri)
- Agresif
- Euforia (perasaan senang yang terus menerus)
- Delusi
- Depresi
- Apati (kekurangan perasaan, emosi, ketertarikan, atau perhatian)
- Keinginan bunuh diri
- Perubahan mood berkala
- Cemas
- Mania (Kenaikan mood yang tidak normal, kebutuhan tidur berkurang, terkadang dengan delusi)
- Hypomania (lebih ringan dari mania)
- Air mata
- Merasa sesuatu seperti ada yang tidak beres
- Tidak ada satupun di atas
- Lainnya

Opsional: Mohon gunakan kolom isian ini untuk menjelaskan contoh perubahan emosi selama

Anda mengalami COVID-19.
Mohon tidak menyebutkan informasi terkait identitas (Seperti nama atau lokasi).

Opsional: Jika Anda mengalami masalah emosi sebelum terkena COVID, mohon jelaskan perbedaannya saat setelah Anda terkena COVID.

Mohon tidak menyebutkan informasi terkait identitas (Seperti nama atau lokasi).

Speech and Other Language Issues

Permasalahan Bicara dan Bahasa

Apakah Anda mengalami permasalahan terkait **BICARA DAN BAHASA** sejak awal terkena COVID-19? *

- Ya
 Tidak

Manakah permasalahan terkait bicara dan bahasa yang Anda alami sejak awal terkena COVID-19? *

- Kesulitan menemukan kata yang sesuai ketika berbicara/menulis
- Kesulitan berkomunikasi dalam kata-kata
- Kesulitan melengkapi kalimat ketika bicara
- Menyampaikan kata-kata yang tidak dipahami
- Kesulitan berkomunikasi dalam tulisan
- Kesulitan mengolah/memahami perkataan orang lain
- Kesulitan membaca/mengolah teks
- (Jika ada) perubahan terhadap bahasa non-primer Anda
- Tidak ada satupun di atas
- Lainnya

Kapan Anda mengalami gejala ini? *

Please mark symptoms for the first **4 weeks**, then **months (if applicable)**. Even if you have only experienced these symptoms for part of a week or month, please select it.

	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
Permasalahan Bicara/Bahasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apakah Anda memiliki kemampuan multi bahasa? *

Ya

Tidak

Opsional: Mohon gunakan kolom isian di bawah untuk menjelaskan contoh permasalahan bahasa, termasuk bicara, menulis, membaca, dan mendengarkan kalimat. Masukkan juga perubahan terhadap kemampuan bicara/bahasa Anda yang tidak disebutkan di atas. Sebagai contoh, jika Anda berbicara multi bahasa dan menemukan permasalahan lain terkait bahasa primer dan non primer Anda.

Headaches

Sakit kepala

Apakah Anda mengalami **PERMASALAHAN SEPUTAR SAKIT KEPALA** sejak awal Anda terkena COVID-19? *

- Ya
 Tidak

Manakah dari gejala di bawah ini yang Anda alami sejak pertama Anda terkena COVID-19? *

- Sakit Kepala, pada dasar tulang tengkorak
- Sakit Kepala, pada sisi kening kepala
- Sakit Kepala, di belakang mata
- Sakit Kepala, membur (keseluruhan otak)
- Sakit Kepala/Nyeri setelah eksersi mental
- Sakit Kepala, lainnya
- Sensai otak hangat/menggebu
- Sensasi tekanan pada otak
- Migrain
- Leher kaku
- Tidak ada satupun di atas

Kapan Anda mengalami gejala tersebut? *

Mohon tandai gejala Anda saat awal 4 minggu, then bulan (jika ada). Bahkan jika Anda mengalami gejala ini hanya sebagian minggu atau bulan, mohon dipilih.

	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5	Bulan 6
Gejala Seputar Sakit Kepala	<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"/>

Sense of Smell and Taste

Indera Penciuman dan Pengecap

Apakah Anda mengalami perubahan pada **INDERA PENCIUMAN DAN PENGECAP** sejak awal tertular COVID-19? *

- Ya
 Tidak

Manakah dari gejala di bawah ini yang Anda alami sejak awal tertular COVID-19? *

- Tidak bisa mencium bau/aroma
 Bebauan Halusinasi/Phantom Smells (mencium bebauan yang sebenarnya tidak ada)
 Indera penciuman meningkat
 Indera penciuman mengalami perubahan
 Tidak bisa mengecap rasa
 Rasa Halusinasi/Phantom Taste (mengecap rasa yang tidak ada di dalam mulut)
 Indera pengecap meningkat
 Indera pengecap mengalami perubahan
 Tidak ada satupun di atas

Kapan Anda mengalami gejala-gejala ini? *

Mohon tandai gejala yang pertama **4 minggu**, kemudian **bulan (jika sesuai)**. Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala-gejala ini hanya beberapa hari dalam seminggu atau satu bulan, mohon pilih.

Minggu Minggu Minggu Minggu **Bulan** Bulan Bulan Bulan Bul
1 2 3 4 **2** 3 4 5 6

Perubahan
pada
indera
pengecap
dan
pencium

Jika Anda mengalami Rasa Halusinasi, mohon jelaskan:

Jika Anda mengalami Bebauan Halusinasi, mohon jelaskan:

Tremors and Vibrating Sensations

Sensasi Tremor dan Gemetar

Apakah Anda pernah mengalami **SENSASI TREMOR DAN GEMETAR** sejak awal Anda terkena COVID-19? *

Tremor: Irama kontraksi otot yang spontan mengakibatkan guncangan berulang pada satu atau lebih bagian tubuh

Sensasi Gemetar: Perasaan berdengung, Anda merasakan otot, jari, atau kaki Anda seperti gemeteran atau berguncang di dalam, tetapi Anda tidak melihatnya

- Ya
- Tidak

Manakah dari gejala di bawah ini yang Anda alami sejak awal terkena COVID-19? *

Mohon rincikan lokasi spesifik pada bagian tubuh Anda yang mengalaminya pada kolom. Jika banyak, mohon pisahkan dengan koma (contoh: kaki, tangan, tubuh bagian tengah).

Tremor

Sensasi Gemetar

Kapan Anda mengalami gejala-gejala ini? *

Mohon tandai gejala yang muncul pertama **4 minggu**, then **bulan (jika sesuai)**. Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala-gejala ini hanya beberapa hari dalam seminggu atau satu bulan, mohon pilih..

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
Tremor	<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"/>
Sensasi Gemetar	<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"/>

Mohon gunakan ruang ini untuk menjelaskan contoh tremor atau gemetar/guncangan yang terjadi selama Anda sakit.

Mohon tidak menyebutkan informasi terkait identitas (seperti nama, lokasi).

Sleeping issues

Permasalahan Dengan Tidur

Apakah Anda mengalami **PERMASALAHAN DENGAN TIDUR** sejak pertama anda mengalami COVID-19? *

- Ya
 Tidak

Manakah permasalahan terkait tidur yang Anda alami sejak pertama terkena COVID-19? *

- Mimpi Lucid/Lucid Dreams (mimpi dimana Anda sadar bahwa Anda sedang bermimpi dan dapat mengendalikan mimpi)
 Mimpi Vivid/Vivid Dreams

- Mimpi Buruk
- Sulit Tidur/Insomnia
- Keringat Malam
- Sindrom kaki tidak berhenti bergerak/Restless leg syndrome
- Terbangun dengan perasaan seperti tidak bisa bernapas
- Sleep apnea
- Lainnya

Kapan pertama kali Anda mengalami gejala-gejala ini? *

Mohon tandai gejala yang muncul **4 minggu pertama**, lalu **bulan (jika sesuai)**. Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala-gejala ini selama beberapa hari saja dalam satu minggu atau satu bulan, mohon pilih.

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	B
Sulit Tidur/Insomnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sleep apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Permasalahan tidur lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Jika Anda mengalami insomnia, seperti apa jenisnya? *

- Sulit masuk ke fase tidur
- Terbangun lebih awal di pagi hari
- Terbangun beberapa kali selama tidur
- Tidak ada satupun di atas

Apa yang menyebabkan insomnia Anda? *

- Rasa Nyeri
- Sensitif terhadap cahaya/suara sekitar
- Ketidaknyamanan fisik lain
- Cemas/depresi/pikiran
- Kesulitan bernapas
- Sensasi energi berlebihan/adrenalin
- Perasaan seperti virusnya membuat saya terjaga
- Lainnya

Hallucinations

Halusinasi

Apakah Anda mengalami **HALUSINASI** (penglihatan, pendengaran, atau sentuhan) sejak pertama Anda terkena COVID-19? *

- Ya
- Tidak

Jenis halusinasi apakah di bawah ini yang Anda alami sejak pertama terkena COVID-19? *

- Halusinasi Penglihatan (melihat sesuatu)
- Halusinasi Pendengaran (mendengar sesuatu)

- Halusinasi Sentuhan (meraba sesuatu)
- Halusinasi lainnya

Kapan pertama kali Anda mengalami gejala-gejala ini? *

Mohon tandai gejala-gejala pada **4 minggu pertama**, then **bulan (jika Anda tidak mencapai satu minggu/bulan mohon kosongkan)**. Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala-gejala ini untuk beberapa hari dalam satu minggu atau satu bulan, mohon pilih.

	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5	Bulan 6
Halusinasi	<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"/>

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Kelemahan tubuh, mati rasa, kegelian, kedinginan, dan lainnya

Manakah **GEJALA NEUROLOGIS** yang Anda alami sejak pertama mengalami COVID-19? *

_÷

_÷Mohon jelaskan lokasi persis di tubuh Anda pada kolom. Jika banyak, gunakan koma (contoh: tangan, kaki, telapak kaki).

- Rasa pada kulit: seperti terbakar, geli, atau gatal tanpa ruam

- Mati rasa
- Kelemahan pada satu bagian tubuh saja
- Kedinginan
- Rasa nyeri menusuk seperti jarum
- Rasa seperti tersetrum
- Kelumpuhan wajah (jelaskan bagian wajah mana yang mengalami kelumpuhan)
- Rasa seperti mati rasa di wajah kiri
- Rasa seperti mati rasa di wajah kanan
- Rasa seperti mati rasa di bagian wajah lainnya
- Kelemahan
- Tidak ada satupun di atas

Kapan Anda mengalami gejala-gejala ini? *

Mohon tandai gejala-gejala pada 4 minggu pertama, lalu bulan (jika sesuai). Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala-gejala tersebut hanya beberapa hari dalam satu minggu atau satu bulan, mohon pilih.

N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
-----	---------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------	------------	------------	------------

Semua
keluhan
neurologis
(saraf)

Temperature Issues

Masalah Suhu Tubuh

Apakah Anda mengalami salah satu dari **MASALAH SUHU TUBUH** (termasuk intoleransi suhu panas, meriang, temperatur naik/turun) sejak awal terkena COVID-19? *

- Ya
 Tidak

Apakah Anda mengalami **MASALAH SUHU TUBUH** di bawah ini sejak terkena COVID-19 pertama kali? *

- Suhu tubuh labil (berubah-ubah atau suhu yang naik melandai)
 Intoleransi suhu panas
 Masalah suhu tubuh lainnya (yang tidak terdaftar di atas/bawah ini)

Jika Anda pernah mengalami salah satu masalah pada suhu tubuh ini, kapankah itu? *

Mohon tandai gejala yang muncul pada **4 minggu pertama**, lalu **bulan** (jika Anda belum mencapai satu minggu/bulan, mohon biarkan **kosong**). Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala ini hanya sebagian dari satu minggu/bulan, mohon pilih.

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4
Suhu tubuh yang naik melandai (37.1-37.9 derajat Celsius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demam (di atas 38 derajat Celsius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suhu tubuh rendah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panas dingin/tidak enak badan/berkeringat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masalah suhu tubuh lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Anda pernah mengalami suhu tubuh yang rendah, berapakah suhunya? Masukkan hanya angka.

Jika Anda pernah mengalami suhu tubuh yang tinggi, berapakah suhunya? Masukkan hanya angka.

Cardiovascular Symptoms

Masalah Kardiovaskuler

Kapan Anda mengalami masalah kardiovaskuler? *

Mohon tandai keluhan pada **4 minggu pertama**, lalu **bulan (jika ada)**, bahkan jika Anda hanya mengalami keluhan tersebut pada separuh minggu atau bulan.

— ÷

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4
Takikardia (denyut jantung meningkat, >90 beats per minute)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradikardia (denyut jantung lemah, <60 beats per minute)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitasi jantung (sensasi atau menyadari denyut jantung Anda. Perasaan seperti jantung Anda sedang melaju kencang, atau tidak berirama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tekanan darah tinggi yang tidak normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tekanan darah rendah yang tidak normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pembuluh darah yang dapat terlihat jelas meradang/membesar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pingsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pembekuan darah (Thrombosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Anda memiliki takikardia dan dapat mengukurnya, berapakah denyut maksimal yang pernah Anda dapatkan? (dalam satuan bpm) **ketika istirahat?**

Jika Anda memiliki takikardia dan dapat mengukurnya, berapakah denyut maksimal yang pernah Anda dapatkan? (dalam satuan bpm) **ketika beraktivitas** (selama aktivitas fisik)?

Jika Anda memiliki takikardia dan dapat mengukurnya, apakah denyut jantung Anda menjadi lebih tinggi ketika berdiri ketimbang duduk?

- Ya, lebih tinggi ketika saya berdiri
- Tidak, lebih tinggi ketika saya duduk
- Sama saja baik ketika berdiri/duduk

Jika Anda memiliki takikardia dan dapat mengukurnya, berapakah

biasanya denyut jantung Anda berubah dari posisi rebah lalu berdiri berdasarkan terakhir kali Anda mengukurnya? (dalam satuan BPM, beats per minute)

All Other Symptoms - Timecourse

Bagian ini memiliki banyak kelompok pertanyaan seputar masalah/keluhan yang diatur berdasarkan area tubuh (**Masalah umum, Masalah Pencernaan, Pernapasan dan Sinus, Pendengaran, Penglihatan, Reproduksi dan Saluran Kencing, Kulit dan Alergi, dan Masalah Otot Persendian**)

Apakah Anda mengalami masalah ini, dan kapan Anda mengalaminya? *

Mohon tandai gejala pada **4 minggu pertama**, lalu **bulan (jika ada)**. Bahkan jika Anda hanya mengalami gejala-gejala ini pada sebagian dari satu minggu atau bulan, mohon pilih. **Jika Anda tidak mengalami keluhan dalam satu kelompok, pilih kotak (Tidak ada satupun) di atas pilihan yang telah dikelompokkan.**

Masalah Umum

Tidak ada satupun

Kapan Anda mengalami keluhan-keluhan ini? *

Mohon tandai keluhan yang terjadi pada **4 minggu pertama**, lalu **bulan (jika ada)**. Bahkan jika Anda hanya mengalami keluhan-keluhan ini pada sebagian dari satu minggu atau bulan, mohon pilih.

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3
Pusing / vertigo / ketidakseimbangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuralgia (nyeri saraf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kejang (terkonfirmasi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kejang (dugaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kesulitan bernapas beberapa kali/berusaha mendapatkan udara walau saturasi oksigen normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kadar oksigen rendah (<94%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaksi anafilaksis yang baru/tidak diduga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disorientasi/Kebingungan Akut (mendadak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengeluarkan perkataan asal dan kasar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kadar gula darah tinggi (jika terukur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kadar gula darah rendah (jika terukur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Masalah Pencernaan

Tidak ada satupun

Masalah Pencernaan

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4
Konstipasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muntah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kehilangan nafsu makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyeri daerah perut (abdominal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasa terbakar pada Esofagus bawah / refluks gastroesophageal / asam lambung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Masalah Pernapasan dan Sinus

Tidak ada satupun

Masalah Pernapasan dan Sinus

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2
Batuk kering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batuk dengan produksi dahak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Batuk darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sesak napas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sesak dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bersin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasa nyeri seperti terbakar di dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Napas bergetar/berderik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyeri tenggorokkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Masalah Telinga dan Pendengaran

Tidak ada satupun

Masalah Telinga dan Pendengaran

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
Kehilangan Pendengaran	<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"/>
Tinnitus (telinga berdenging)	<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"/>
Masalah telinga dan pendengaran lainnya	<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"/>

Masalah Mata dan Penglihatan

Tidak ada satupun

Masalah mata dan penglihatan

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
Masalah penglihatan	<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"/>
Masalah mata lainnya	<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"/>

Masalah Reproduksi dan Saluran Kencing

Tidak ada satupun

Masalah Reproduksi dan Saluran Kencing

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
Semua permasalahan menstruasi	<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"/>
Masalah kontrol kandung kemih	<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"/>

Masalah Kulit dan Alergi

Tidak ada satupun

Masalah Kulit dan Alergi

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2
Kulit mengelupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petechiae (titik kecil berwarna ungu, merah, atau coklat di kulit, biasanya pada lengan, kaki, perut, bokong, dan terkadang pada bagian dalam mulut atau pada kelopak mata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID toes (perubahan warna, bengkak, nyeri, atau melepuh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatographia (muncul kemerahan ketika Anda menggosok kulit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergi baru (makanan, kimia, cuaca, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruam kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Masalah Otot dan Persendian

Tidak ada satupun

Masalah Otot dan Persendian

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
Kejang otot	<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"/>
Nyeri otot	<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"/>
Nyeri sendi	<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"/>
Tulang sakit atau seperti terbakar	<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"/>

All Other Symptoms - Checkbox

Keluhan Lainnya

Apakah Anda mengalami salah satu keluhan di bawah ini sejak pertama Anda menderita COVID-19? * _÷

(Mohon pilih yang sesuai)

- Tidak bisa menangis
- Tidak bisa menguap
- Seperti ada yang mengganjal di tenggorokkan/sulit menelan
- Perubahan suara
- Batuk darah
- Perasaan seperti bukan diri Anda atau seperti sedang meneliti diri Anda sendiri dari luar tubuh (depersonalisasi)
- Merasa seperti dunia ini tidak nyata (derealisasi)
- Kehausan ekstrim
- Tidak ada satupun di atas

Telinga dan Pendengaran

- Nyeri telinga
- Perubahan pada kanal telinga (seperti ada tekanan, blokadi, rasa terbakar, bengkak)
- Mati rasa
- Sensitif terhadap suara
- Masalah telinga dan pendengaran lainnya
- Tidak ada satupun di atas

Mata dan Penglihatan

- Keluhan Penglihatan - Penglihatan Blur
- Keluhan Penglihatan - Penglihatan Ganda
- Keluhan Penglihatan - Sensitif Terhadap Cahaya
- Keluhan Penglihatan - Penglihatan Mengerucut
- Keluhan Penglihatan - Hilang Penglihatan Total
- Tekanan atau Nyeri Pada Mata
- Mata Kemerahan (Konjungtivitis)
- Mata Merah Darah
- Mata Kering
- Kemerahan di area luar mata
- Floaters
- Melihat seperti ada sesuatu di periferal mata
- Masalah mata lainnya:
- Tidak ada satupun

Reproduksi dan Saluran Kencing

- Menopause Awal
- Pendarahan Paska-Menopause
- Menstruasi berah yang abnormal/penyumbatan
- Jadwal Menstruasi yang tidak biasa
- Masalah Menstruasi lainnya
- Ukuran Testis/Penis mengecil
- Nyeri pada Testis
- Masalah Sperma/Penis/Testis lainnya
- Gangguan Seksual (kesulitan melakukan ereksi, vagina kering, kesulitan orgasme)
- Masalah Saluran Kencing lainnya
- Tidak ada satupun

Pencernaan

- Terlalu Cepat Merasa Kenyang
- Nyeri Perut
- Sensati aktivitas usus besar yang berlebihan
- Tidak ada satupun

Kulit dan Alergi

- Alergi baru (makanan, kimia, lingkungan, dll)
- Muncul reaksi terhadap alergi lama
- Kulit Gatal

- Mata Gatal
- Gatal lainnya
- Kuku rapuh/berubah warna
- Cacar
- Tidak ada satupun

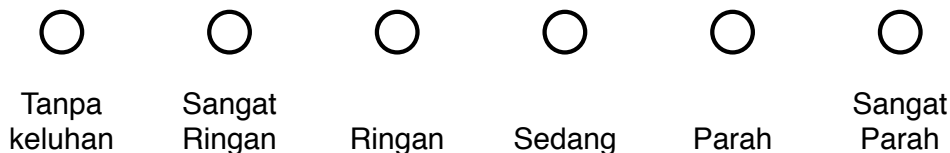
Symptom Course

Seberapa besar tingkat keparahannya selama minggu/bulan? *

Jika Anda mengalami banyak keparahan keluhan selama periode tersebut, pilih berdasarkan keluhan yang paling parah.

	Tanpa keluhan	Sangat Ringan	Ringan	Sedang	Parah	Sangat Parah
Minggu 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minggu 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minggu 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minggu 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulan 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tanpa keluhan	Sangat Ringan	Ringan	Sedang	Parah	Sangat Parah
Bulan 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulan 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulan 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulan 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bulan 7+



Manakah di antara pernyataan ini yang cocok menjelaskan seputar kekambuhan dan keluhan Anda secara keseluruhan? Mohon pilih: *

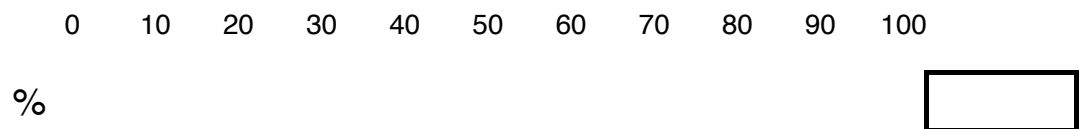
- Saya tidak/belum mengalami kekambuhan
- Kekambuhan saya terjadi pada pola yang teratur (bulanan, harian, atau mingguan)
- Kekambuhan saya terjadi pada pola yang tidak teratur (acak)
- Kekambuhan saya terjadi apabila ada penyebab (stress, alkohol, olahraga/aktivitas berat, dll).
- Kekambuhan saya semakin jarang dan reda secara cepat seiring waktu
- Kekambuhan saya semakin berat dan lama seiring waktu
- Tingkat kekambuhan saya masih sama seiring waktu
- Secara keseluruhan keluhan-keluhan saya membaik seiring waktu
- Secara keseluruhan keluhan-keluhan saya masih sama seiring waktu
- Secara keseluruhan keluhan-keluhan saya memburuk seiring waktu
- Keadaan saya memburuk secara cepat
- Keadaan saya membaik secara cepat
- Lainnya

Hal apakah yang menjadi pemicu kekambuhan keluhan Anda? Please select all that apply: *

- Stress
- Alkohol
- Kafein

- Suhu Panas
- Menstruasi/Datang Bulan
- Seminggu sebelum menstruasi/datang bulan
- Latihan
- Aktivitas fisik
- Aktivitas Mental
- Lainnya

Bagaimana Anda menilai kondisi yang Anda rasakan hari ini dalam skala 0-100% (nilai 100% adalah kondisi sebelum Anda terkena COVID)?_÷



Symptom Severity

Sebutkan setidaknya **3 keluhan** yang sangat menyiksa selama masa pemulihan Anda.

Dalam skala 0-10, seberapa parah keluhannya? (0 baik, 10 sangat mengganggu).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keluhan 1 *

Keluhan 2 *

Keluhan 3 *

Keluhan 4

Keluhan 5

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

Kelelahan Paska Aktivitas

_÷

Keluhan yang bertambah buruk atau kambuh setelah melakukan aktivitas fisik/mental

Selama masa pemulihan COVID-19 apakah Anda mengalami keadaan dimana keluhan bertambah buruk atau kambuh setelah melakukan aktivitas fisik atau mental? *

- Ya
- Tidak

Seberapa parah Anda mengalami perburukkan atau kekambuhan keluhan dalam rata-rata? Mohon tetap menjaga tombol ulir 0 jika Anda tidak mengalami hal ini. *

	Tidak mengalami perburukkan/kekambuhan keluhan paska beraktivitas			Mengalami beberapa perburukkan/kekambuhan perburukkan/kekambuhan perburukkan/kekambuhan keluhan paska beraktivitas				
	0	1	2	3	4	5	6	7
Fisik								
Kognitif								

Jika Anda mengalami perburukkan atau kekambuhan setelah **Aktivitas Fisik**, kapan hal itu terjadi? *

- Sesegera Mungkin
- Pada hari yang sama, setelah beberapa jam
- Hari berikutnya
- Beberapa hari kemudian
- Bervariasi
- Saya tidak mengalami perburukkan atau kekambuhan keluhan setelah beraktivitas fisik

Jika Anda mengalami perburukkan atau kekambuhan setelah **Aktivitas Mental**, kapan hal itu terjadi? *

- Sesegera Mungkin

- Pada hari yang sama, setelah beberapa jam
- Hari berikutnya
- Beberapa hari kemudian
- Bervariasi
- Saya tidak mengalami perburukkan atau kekambuhan keluhan setelah beraktivitas mental

Berapa lama biasanya sebuah perburukkan/kekambuhan keluhan berlangsung? *

- Beberapa jam
- Beberapa hari
- Beberapa minggu
- Lainnya

(Opsional) Mohon jelaskan hal lain yang Anda ingin bagikan terkait Kelelahan Paska Beraktivitas. Anda dapat merinci jenis aktivitas yang terasa paling membuat keluhan-keluhan memburuk (berjalan, olahraga berat, membaca, menonton film, dll).

Kapan Anda mengalami keluhan-keluhan ini? *

Mohon tandai keluhan pada **4 minggu**, lalu **bulan (jika tersedia)**.

Bahkan jika Anda tidak mengalami keluhan-keluhan ini pada sebagian minggu atau bulan, mohon pilih.

	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Month 2	Month 3	Month 4
Perburukkan/Kekambuhan keluhan dari aktivitas fisik dan mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fatigue Assessment Scale

Fatigue

Berikut ini adalah 10 pernyataan tentang bagaimana Anda merasakan **pada saat ini** status masa pemulihan (selama satu minggu yang lalu). **Mohon jawab setiap pertanyaan, bahkan jika Anda tidak memiliki keluhan saat ini.** *

	Tidak pernah	Kadang-kadang	Setiap saat secara rutin	Sering	Selalu
Saya terganggu dengan rasa lelah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya mudah merasa lelah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya tidak terlalu sering beraktivitas dalam sehari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya punya energi yang cukup untuk sehari-hari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secara fisik saya merasa lelah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Tidak pernah	Kadang-kadang	Setiap saat secara rutin	Sering	Selalu
Saya punya masalah dalam memulai sebuah aktivitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya punya masalah dalam berpikir jernih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya tidak memiliki semangat untuk melakukan apapun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secara mental saya merasa lelah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ketika saya sedang melakukan sesuatu, saya dapat berkonsentrasi dengan baik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dibandingkan yang Anda rasakan sebelum terkena COVID-19, bagaimana Anda dapat menjelaskan level kelelahan yang Anda alami **selama** masa pemulihan dari COVID? *

- Lebih parah secara signifikan dari sebelum terkena COVID
- Lebih parah dari sebelum terkena COVID
- Lebih parah sedikit dari sebelum terkena COVID
- Sama seperti sebelum terkena COVID
- Lebih ringan dari sebelum terkena COVID

Berapa banyak istirahat HARIAN yang Anda lakukan dalam rata-rata, SELAMA masa pemulihan COVID-19? (Istirahat berarti masa pemulihan/relaksasi tanpa bekerja, merawat anak, atau pekerjaan lainnya). **Mohon mengecualikan tidur harian.** *

- Kurang dari 2 jam sehari
- 2-4 jam
- 4-6 jam
- 6-8 jam
- Lebih dari 8 jam sehari

Jika Anda mengalami kelelahan, kapan Anda merasa lelah? *

Mohon tandai keluhan pada **4 minggu pertama**, lalu **bulan (jika tersedia)**. Bahkan jika Anda hanya mengalami keluhan-keluhan ini pada sebagian minggu atau bulan, mohon pilih.

	N/A	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Month 2	Month 3	Month 4	Month 5
Lelah	<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

Perubahan Sensitivitas Terhadap Obat dan Zat Lainnya

Apakah Anda mengalami masalah perubahan sensitivitas terhadap obat-obatan dan zat lainnya? *

- Ya
- Tidak

Obat-obatan dan zat-zat apa saja? Jika banyak mohon pisahkan

dengan tanda koma.

Jika obat-obatan, untuk apakah Anda mengkonsumsinya?

Mohon jelaskan perubahan yang Anda rasakan:

General Functioning

Secara umum, keadaan kesehatan Anda SEBELUM terkena COVID: *

- Sempurna
- Sangat baik
- Baik
- Biasa saja
- Buruk

Secara umum, keadaan kesehatan anda SAAT INI: *

- Sempurna
- Sangat baik
- Baik
- Biasa saja
- Buruk

Apakah kondisi kesehatan Anda membatasi kemampuan Anda dalam menaiki anak tangga? *

- Ya, sangat terbatas
- Ya, sedikit terbatas
- Tidak terbatas sama sekali

Apakah kesehatan Anda membatasi kemampuan Anda berjalan satu blok? *

- Ya, sangat terbatas
- Ya, sedikit terbatas
- Tidak terbatas sama sekali

Apakah kondisi kesehatan Anda membatasi kemampuan Anda saat mandi atau berpakaian? *

- Ya, sangat terbatas
- Ya, sedikit terbatas
- Tidak terbatas sama sekali

Selama 4 minggu terakhir, apakah Anda mengalami masalah dengan

pekerjaan atau aktivitas regular harian sebagai dampak dari **kesehatan fisik?** (tandaai semua yang berlaku) *

- Menyelesaikan tugas lebih sedikit dari biasanya
- Terbatas dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya
- Tidak terbatas

Selama 4 minggu terakhir, apakah Anda mengalami salah satu dari keluhan di bawah ini terkait pekerjaan atau aktivitas regular harian lainnya sebagai akibat dari **kesehatan emosi Anda?** (tandaai semua yang berlaku) *

- Menyelesaikan tugas lebih sedikit dari biasanya
- Terbatas dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya
- Tidak terbatas

Mental Health

Keluhan Terkait Kesehatan Mental

Anda mungkin dapat untuk tidak menjawab pertanyaan-pertanyaannya.

__÷__÷

__÷__÷

Jika Anda memiliki keinginan bunuh diri, nomor kontak bantuan ini tersedia 24/7 : __÷__÷

__÷US: 1-800-273-8255 (Kontak Bantuan Darurat: ketik TALK to 741741)

__÷UK: 116 123

__÷Netherlands: 0800 0113

_-:Canada: 833-456-4566

_-:Cari [kontak darurat tambahan](#) untuk negara Anda

_-:÷

Apakah Anda pernah didiagnosa dengan keluhan terkait kesejatan mental (seperti depresi, kecemasan, kepanikan, psikosis, dll) sebelum terkena COVID-19?

- Ya
 Tidak

Apakah Anda merasa bahwa Anda memiliki kondisi terkait kesehatan mental yang tidak terdiagnosa selama ini?

- Ya
 Tidak

Jika Anda menjawab Ya pada pertanyaan di atas, manakah yang Anda alami? (pilih semua yang dirasakan)

- Depresi
 Bipolar
 Kecemasan
 Penyalahgunaan Obat-obatan
 Masalah dengan makan
 Kelainan Kepribadian
 Kelainan Psikotik
 Delirium (semacam linglung)

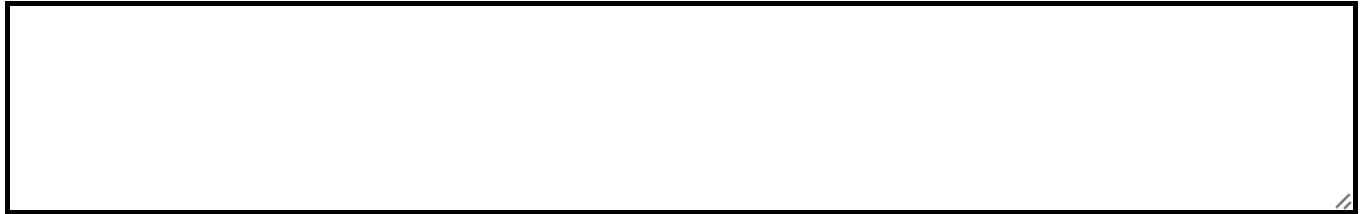
Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Lainnya

Untuk setiap kondisi yang terjadi, mohon jelaskan:

	N/A	Tidak ada perubahan selama COVID-19	Terjadi selama COVID-19	Memburuk secara signifikan selama COVID-19	Lumayan memburuk selama COVID-19
Depresi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kecemasan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penyalahgunaan Obat-obatan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masalah dengan makan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kelainan Kepribadian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kelainan Psikotik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium (semacam linglung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Post-traumatic stress disorder (PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lainnya <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jelaskan bagaimana kondisi tersebut mempengaruhi Anda selama COVID-19.



Depressive Symptoms

Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa terganggu oleh masalah berikut ini?

	Tidak sama sekali	Beberapa hari	Lebih dari setengah hari	Hampir setiap hari
Sedikit ketertarikan atau menikmati ketika melakukan sesuatu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merasa buruk, depresi, atau tidak punya harapan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kesulitan tidur nyenyak, tidur terlalu sering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merasa lelah atau tidak bertenaga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak sama sekali	Beberapa hari	Lebih dari setengah hari	Hampir setiap hari
Merasa buruk dengan diri sendiri atau merasa bahwa diri Anda adalah sebuah kesalahan atau membuat Anda/keluarga Anda menjadi putus asa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bergerak atau berbicara secara pelan dan yang disadari oleh orang banyak. Atau sebaliknya, Anda merasa selalu bergerak secara berlebihan dari biasanya.

Perasaan bahwa Anda lebih baik mati atau menyakiti diri sendiri secara khusus.

Tidak sama
sekali

Beberapa hari

Lebih dari
setengah hari

Hampir setiap
hari

Jika kamu menandai salah satu dari keluhan di atas, seberapa sulit keluhan-keluhan ini mempengaruhi pekerjaan Anda, mengurus hal-hal di rumah, atau beraktivitas dengan orang lain?

- Sama sekali tidak sulit
- Agak sulit
- Sangat sulit
- Luar biasa sulit

(Opsional) Jika berkenan, mohon ceritakan pengalaman Anda lebih lanjut.

Anxiety Symptoms

Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa terganggu oleh hal-hal di bawah ini?

	Tidak sama sekali	Beberapa hari	Lebih dari setengah hari	Hampir setiap hari
Merasa gugup, cemas atau tidak pasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidak dapat menghentikan atau mengendalikan kekhawatiran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terlalu mengkhawatirkan hal yang bermacam-macam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masalah dengan istirahat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak sama sekali	Beberapa hari	Lebih dari setengah hari	Hampir setiap hari
Merasa terlalu aktif sehingga sulit untuk diam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terlalu mudah tersinggung atau tersakiti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merasa takut akan sesuatu yang buruk yang mungkin akan terjadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak sama sekali	Beberapa hari	Lebih dari setengah hari	Hampir setiap hari

Jika kamu menandai salah satu dari keluhan di atas, seberapa sulit keluhan-keluhan ini mempengaruhi pekerjaan Anda, mengurus hal-hal di rumah, atau beraktivitas dengan orang lain?

- Sama sekali tidak sulit
- Agak sulit
- Sangat sulit
- Luar biasa sulit

(Opsional) Jika berkenan, mohon ceritakan pengalaman Anda lebih lanjut.

Suicidal Thoughts

Jika Anda memiliki keinginan bunuh diri, kontak bantuan ini tersedia untuk membantu 24/7: __÷

__÷**US:** 1-800-273-8255 (Kontak Bantuan Darurat: tulis TALK to 741741)

__÷**UK:** 116 123

__÷**Netherlands:** 0800 0113

__÷**Canada:** 833-456-4566

__÷Find [kontak bantuan tambahan](#) untuk negara Anda

__÷

__÷

__÷Selama pandemi COVID-19, apakah Anda pernah:

- Berharap Anda mati atau tidur dan tidak bangun lagi
- Berpikir untuk bunuh diri
- Berpikir untuk menyakiti diri sendiri

- Melakukan apa saja untuk menyakiti diri sendiri
- Saya tidak memiliki pikiran untuk bunuh diri
- Lainnya

Psychiatric Medication

Apakah Anda pernah mengonsumsi obat-obatan psikiatris selama masa pemulihan?

- Ya
- Tidak

Apakah ada perubahan pada obat-obatan psikiatri Anda selama pandemi COVID-19?

- Ya, ada penyesuaian dosis sehubungan dengan pengobatan saya
- Ya, obat-obatan baru telah diresepkan untuk saya
- Tidak, saya lanjut mengonsumsi obat-obatan sesuai dosis
- Tidak, saya tidak butuh pengobatan psikiatri

Jika Anda telah diresepkan obat-obatan BARU, apa saja itu?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antidepresan (Bukan Bupropion) | <input type="checkbox"/> Melatonin untuk insomnia |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropion) | <input type="checkbox"/> Penstabil Mood (contoh: lithium, valproic acid, topiramate, etc) |

Benzodiazepine (obat anti kecemasan)

Stimulan

Antipsikotik

Lainnya

Obat-obatan "Z" untuk insomnia (contoh: zolpidem, zopiclone, zaleplon)

Apakah Anda pernah mengonsumsi obat-obatan ini, mohon jelaskan bagaimana obat-obatan tersebut mempengaruhi kondisi Anda. (jawab yang sesuai)

	Lebih baik	Lumayan lebih baik	Agak lebih baik	Sama saja	Agak memburuk	Lumay membu
Antidepresan (SSRI/SNRI/Wellbutrin, dll.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepine (obat anti kecemasan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsikotik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obat-obatan "Z" untuk insomnia (contoh: zolpidem, zopiclone, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Lebih baik	Lumayan lebih baik	Agak lebih baik	Sama saja	Agak memburuk	Lumay membu
Melatonin untuk insomnia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penstabil Mood (contoh: lithium, valproic acid, topiramate, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lainnya						



Lebih baik Lumayan lebih baik Agak lebih baik Sama saja Agak memburuk Lumay membu

Jika Anda membutuhkan perawatan psikiatri selama COVID-19, mohon pilih yang sesuai:

- Saya mendapat perawatan dari dokter umum
- Saya mendapat perawatan dari praktisi kesehatan mental langganan saya
- Saya mendapat perawatan dari praktisi kesehatan yang baru
- Saya tidak dapat mengakses perawatan yang dibutuhkan

Jika Anda tidak dapat mengakses perawatan psikiatri, apakah faktor yang mempengaruhinya?

- Biaya
- Akses ke perangkat yang kompatibel dengan tele-sehat
- Fasilitas layanan kesehatan tidak menerima asuransi saya
- Fasilitas layanan kesehatan tidak menerima pasien melalui konsultasi jarak jauh
- Lainnya

Coping

Aktivitas kebugaran apa yang Anda lakukan untuk membantu masa

penyembuhan? (pilih semua yang sesuai)

- Komunitas/kelompok dukungan COVID-19 di internet
- Komunitas/kelompok dukungan non COVID-19 di internet
- Terapi
- Yoga
- Latihan aerobik
- Meditasi
- Tidak ada satupun di atas

Jika Anda bergabung pada komunitas dukungan COVID-19 di internet, efek apa yang mempengaruhi sisi psikologis Anda?

- Secara signifikan memperbaiki psikologis saya
- Lumayan memperbaiki psikologis saya
- Tidak ada efek pada psikologis saya
- Lumayan memperburuk psikologis saya
- Secara signifikan memperburuk psikologis saya

Apakah Anda setuju dengan pernyataan ini? "Saya tidak percaya satu atau lebih dokter saya"

- Sangat setuju
- Setuju
- Agak setuju
- Antara setuju atau tidak setuju
- Cenderung tidak setuju
- Tidak setuju
- Sangat tidak setuju

(Opsional) Jelaskan bagaimana partisipasi pada komunitas di internet mempengaruhi keadaan Anda.

Terpisah dari orang lain secara fisik telah:

- Membawa pengaruh negatif yang kuat pada kesehatan mental saya
- Membawa pengaruh negatif pada kesehatan mental saya
- Tidak membawa pengaruh negatif pada kesehatan mental saya
- Membawa pengaruh positif pada kesehatan mental saya
- Membawa pengaruh positif yang kuat pada kesehatan mental saya
- Saya tidak merasa terpisah dari orang lain secara fisik

(Opsional) Beri nilai pada 28 pernyataan di bawah ini mengenai metode penanganan

	Saya tidak melakukan hal ini	Sedikit	Sedikit banyak	Saya sering melakukan hal ini
Saya telah bekerja atau melakukan aktivitas lain untuk mengalihkan pikiran saya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saya mengatakan kepada diri saya "Ini tidak nyata"

Saya mengonsumsi alkohol atau obat-obatan lainnya untuk membuat diri saya terasa lebih baik

Saya mendapatkan dukungan emosional dari orang lain

Saya telah menyerah mencoba menghadapi ini semua

Saya telah mengambil tindakan untuk membuat situasi lebih baik

Saya tidak melakukan hal ini

Sedikit

Sedikit banyak

Saya sering melakukan hal ini

Saya telah menolak untuk percaya bahwa hal tersebut telah terjadi

Saya telah mengatakan sesuatu untuk mengeluarkan perasaan-perasaan yang tidak baik

Saya telah mendapat bantuan dan nasihat dan orang lain

Saya telah mencoba untuk melihat hal tersebut pada sisi yang lain, agar terlihat lebih positif

Saya telah mengkritisasi diri saya sendiri

Saya telah mencoba untuk menciptakan strategi mengenai apa yang harus dilakukan

Saya telah mendapatkan kenyamanan dan pengertian dari seseorang

Saya tidak
melakukan hal
ini

Sedikit

Sedikit banyak

Saya sering
melakukan hal
ini

Saya telah menyerah untuk mencoba

Saya telah melihat sesuatu yang baik dalam setiap hal yang sedang terjadi

Saya telah mencoba membuat candaan tentang hal tersebut

Saya telah melakukan sesuatu untuk mengurangi pemikiran terhadap sesuatu, seperti pergi ke bioskop, menonton TV, membaca, berkhayal, tidur, atau belanja

Saya telah menerima kenyataan akan fakta yang telah terjadi

Saya telah mengekspresikan perasaan negatif saya

Saya telah mencoba menemukan kenyamanan pada agama atau kepercayaan spiritual saya

	Saya tidak melakukan hal ini	Sedikit	Sedikit banyak	Saya sering melakukan hal ini
Saya telah mencoba untuk mendapatkan nasihat atau bantuan dari orang lain mengenai apa yang harus dilakukan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya telah belajar untuk hidup dengan hal tersebut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya telah berpikir keras tentang langkah-langkah yang harus diambil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya telah menyalahkan diri saya atas hal yang telah terjadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya telah berdoa atau bermeditasi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya telah membuat situasi menjadi seru	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Saya tidak melakukan hal ini	Sedikit	Sedikit banyak	Saya sering melakukan hal ini

Hal lain yang ingin Anda sampaikan terkait penanganan.

Structural Support

Bagaimana Anda menjelaskan sebuah dukungan atau kekurangan dukungan dari orang-orang selama Anda sakit?

	Membahayakan	Meremehkan	Skeptis	Apatis	Sedip ped
Penyedia layanan medis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keluarga (di luar pasangan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pemberi kerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lainnya <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Opsional) Jika Anda berkenan, silakan bagikan pengalaman Anda tentang dukungan atau kekurangan dukungan dari orang-orang selama Anda sakit.

Mana dari skenario berikut ini yang sesuai dengan pengalaman Anda selama sakit?

- Saya tinggal sendiri dan merasa cukup untuk mengurus diri saya sendiri

- Saya tinggal sendiri dan memerlukan bantuan
- Saya tinggal dengan seseorang dan mereka sangat perhatian kepada saya
- Saya tinggal dengan seseorang dan membutuhkan bantuan
- Lainnya

Jika Anda mengisolasi diri, entah itu pada rumah yang sama atau berbeda, manakah dari skenario ini yang sesuai dengan pengalaman Anda?

_÷

_÷ Mohon pertimbangkan '**pertemuan kembali**' dalam arti mulai tinggal bersama orang lain kembali, bukan hanya melakukan kunjungan/bersosialisasi.

- Saya tidak mengisolasi diri/saya tinggal bersama orang lain selama saya sakit.
- Saya berkumpul kembali dengan orang lain pada suatu saat selama minggu 1-3 dan mereka terinfeksi (besar kemungkinan dari saya)
- Saya berkumpul kembali dengan orang lain pada suatu saat selama minggu 1-3 dan mereka tidak terinfeksi
- Saya berkumpul kembali dengan orang lain pada suatu saat selama minggu 4-6 dan mereka terinfeksi
- Saya berkumpul kembali dengan orang lain pada suatu saat selama minggu 4-6 dan mereka tidak terinfeksi
- Saya berkumpul kembali dengan orang lain pada suatu saat selama minggu 4-6 dan mereka terinfeksi
- Saya berkumpul kembali dengan orang lain pada suatu saat setelah minggu ke-6 dan mereka tidak terinfeksi
- Saya masih mengisolasi diri/tidak berkumpul kembali dengan orang lain
- N/A

Apakah Anda memiliki hewan peliharaan di rumah? *

- Ya
 Tidak

Jika ya, mohon sebutkan: *

- Kucing
 Anjing
 Hewan pengerat
 Lainnya

Mengenai perawatan medis yang Anda terima selama pandemi COVID-19: *

- Saya percaya bahwa saya telah menerima perawatan yang baik
 Saya percaya bahwa saya telah menerima perawatan yang kurang baik
 Saya percaya bahwa saya telah menerima perawatan yang kurang baik secara signifikan
 Saya tidak memerlukan perawatan medis

Mengenai status keuangan selama pandemi COVID-19 (pilih semua yang sesuai): *

- Saya kehilangan pekerjaan atau tidak dapat kembali bekerja
 Saya tidak dapat membeli keperluan dasar seperti makanan dan membayar sewa

- Saya mengalami masalah keuangan namun dapat mengatasinya dengan baik
- Saya tidak mengalami masalah keuangan

(Opsional) Saya percaya pemerintah dan institusi kesehatan publik telah melakukan hal yang terbaik dalam penanganan pandemi COVID-19.

- Sangat setuju
- Setuju
- Agak Setuju
- Antara setuju atau tidak setuju
- Agak tidak setuju
- Tidak setuju
- Sangat tidak setuju

Jika Anda memiliki anak, apakah anak Anda terjangkit COVID (atau suspek COVID) selama lebih dari 3 (tiga) minggu?

- Saya tidak memiliki anak
- Anak saya tidak mengalami sakit
- Anak saya sakit namun sembuh kurang dari 3 (tiga) minggu
- Satu atau lebih anak saya sakit selama lebih dari 3 (tiga) minggu, dan satu atau lebih anak saya telah sembuh kurang dari 3 (tiga) minggu.
- Semua anak saya sakit selama lebih dari 3 (tiga) minggu

Work

Apakah Anda bekerja di masa sebelum COVID?

- Ya, penuh waktu
- Ya, paruh waktu
- Saya bekerja sendiri, penuh waktu
- Saya bekerja sendiri, paruh waktu
- Tidak

Apakah Anda memerlukan akomodasi atau mengurangi jam kerja karena keluhan yang menetap?

- Ya, saya perlu untuk mengurangi jam kerja (kerja sendiri).
- Ya, saya perlu untuk mengurangi jam kerja (kerja dari jauh).
- Ya, saya telah keluar dari pekerjaan atau diberhentikan.
- Tidak, saya dapat melanjutkan pekerjaan seperti biasa.
- Lainnya, mohon jelaskan

Other Medical Diagnostics

Apakah Anda menerima tes diagnosa medis atas keluhan fisik COVID-19 Anda? (Pemindaian, ultrasound, EKG)

- Ya
- Tidak

Apakah Anda telah melakukan salah satu tes diagnosa medis di bawah ini? Catatan: Jika Anda telah melakukan suatu tes beberapa kali, mohon masukkan "Abnormal" jika Anda menerima hasil abnormal kapanpun.

	Tidak dites	Ya - normal	Ya - abnormal
MRI - otak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRI - dada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT scan - dada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT scan - otak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT scan - perut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak dites	Ya - normal	Ya - abnormal
CT scan - angiografi pulmonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinar X - dada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tes Spinal (pungsi lumbal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasound - kaki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasound (echo) - jantung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak dites	Ya - normal	Ya - abnormal
Ultrasound - perut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECG/EKG (jantung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EEG (otak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EMG (otot/saraf)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 280px; height: 30px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak dites	Ya - normal	Ya - abnormal

Jika MRI otak, CT otak, atau EEG otak hasilnya abnormal, mohon jelaskan di sini.

Jika MRI dada, CT dada, atau sinar X dada hasilnya abnormal, mohon jelaskan di sini.

Jika hasil tes Spinal abnormal, mohon jelaskan di sini.

Jika hasil EMG abnormal, mohon jelaskan di sini.

Jika hasil tes lain yang tersebut di atas abnormal, mohon jelaskan di sini.

Jika ada hasil abnormal dari tes yang tidak tersebutkan di atas, mohon jelaskan di sini.

Diagnostics Blood Tests

Apakah Anda menerima tes diagnosa darah untuk keluhan COVID-19 Anda? (misal Tes Darah Lengkap)

- Ya
 Tidak

Apakah hasil tes darah Anda? Jika hasilnya abnormal pada satu poin namun kemudian terselesaikan, mohon masukkan sebagai hasil abnormal.

	Tidak dites	Normal	Abnormal, tinggi	Abnormal, rendah	Tidak yakin/tidak dapat menemukan
Kreatinin (biasanya bagian dari panel dasar metabolik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kadar Limfosit (biasanya bagian dari darah lengkap)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kadar Eosinofil (biasanya bagian dari darah lengkap)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% Eosinofil (biasanya bagian dari darah lengkap)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Panel Hati/Tes Fungsi Hati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak dites	Normal	Abnormal, tinggi	Abnormal, rendah	Tidak yakin/tidak dapat menemukan
D-dimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C-Reactive Protein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESR (kadar sedimentasi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lainnya					
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Untuk hasil tes darah yang abnormal, mohon jelaskan hasilnya kemudian

Tulis hasil tes darah abnormal lainnya. (Mohon tulis setiap hasil abnormal pada baris yang baru).

Apakah Anda pernah dites untuk kondisi ini sejak terkena COVID?

	Tidak dites	Negatif	Infeksi saat ini (since COVID)	Infeksi sebelumnya
Epstein-Barr (mono)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penyakit Lyme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cytomegalovirus (CMV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diagnosa apa saja yang diberikan atas keluhan-keluhan Anda? Pilih semua yang sesuai.

- Sindrom Guillain-Barre
- Neuropati serat kecil
- Neuropati Autonomi
- Polineuropati
- Neuralgia (mohon sertakan tipe neuralgia pada kotak)
- Sindrom Antiphospholipid, dikarenakan infeksi virus atau autoimun
- Sarkoidosis
- Stroke (mohon sertakan tipe stroke pada kotak)
- Lesi Demielinasi
- POTS
- Encelopati

Encephalitis (mohon sertakan tipe encephalitis pada kotak)

- Meningoencephalitis
- Meningitis
- Acute Disseminated Encephalomyelitis
- Acute myelitis
- Ophthalmoparesis
- Diagnosa Psikiatrik
- Migrain
- Motor Peripheral atau Neuropati Kranial
- Sindrom Posterior reversible encephalopathy
- Myasthenia
- Microangiopathy Trombosis
- Sindrom Tapia
- Epilepsi
- Traumatic Brain Injury (TBI) atau keluhan seperti TBI
- Myalgic Encephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)
- Keterlibatan saraf kranial
- Lubang Makula
- Kostokondritis
- Pembekuan darah
- Miokarditis

Mohon jelaskan diagnosis lain yang diberikan kepada Anda (jika banyak, mohon tulis setiap diagnosis pada baris yang baru dan tekan "enter" di antaranya.)



Treatments

Apakah Anda pernah mencoba perawatan berikut ini untuk keluhan-keluhan COVID19 Anda, jika ya, seberapa membantu? (pilih semua yang sesuai)_÷

÷÷

Ini termasuk resep dokter atau obat Warung, atau Pengobatan Alternatif.

	Tidak mencoba	Agak membantu	Membantu secara signifikan	Tidak membantu	Tidak yakin
Pilihan Perawatan Non Medis _÷Elektrolit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Program pacu tubuh (mengatur sejumlah aktivitas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menambahkan garam pada makanan dan minuman	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompresi kain (kaos kaki, legging)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pijat Kelenjar Limfatik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anti-histamin

_÷Anti-histamines tipe H1 (diphenhydramine, acrivastine dan cetirizine, seperti benadryl, zyrtec, claritin)

H2 type Anti-histamin (cimetidine, famotidine, seperti Pepcid)

Ganja

_÷produk CBD/THC

Hanya produk Cannabidiol

Steroids

_÷Prednisone dan Dexamethasone

Pengencer darah

_÷Aspirin bayi (75-81mg)

Antikoagulan oral langsung, Rivaroxaban (Xarelto)

Warfarin (Coumadin)

Anti-peradangan

_÷Curcumin (kunyit)

Omega 3 / DHA / EPA (Minyak ikan)

Perawatan sistem Imun

_÷Infus gamma globulin

Plasma Konvalesen

Pengobatan Anti virus

_÷Remsdesevir (Veklury)

Antibiotik

_÷Azithromycin

Pengobatan malaria _÷Chloroquine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydroxychloroquine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-oksidan _÷Oxaloacetate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obat pereda nyeri _÷Non-NSAIDs (Tylenol, Parasetamol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NSAIDs (Ibuprofen, Naproxen, Aspirin dewasa (dosis penuh))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mohon jelaskan perawatan, pengobatan/suplemen lain, atau apapun yang membantu mengatasi keluhan-keluhan Anda secara signifikan. (Mohon tulis masing-masing pada baris baru dengan menekan 'Enter' setelah setiap baris).

Overall COVID Experience Text Write In

Optional: Mohon gunakan kolom ini untuk menjelaskan tentang apapun yang Anda ingin orang lain tahu mengenai pengalaman COVID Anda, atau apapun yang tidak dijelaskan di sini. Mohon untuk tidak menyertakan segala informasi terkait identitas (nama atau lokasi).



Anda telah mencapai akhir dari survei!

_÷

Mohon sediakan waktu untuk memeriksa kembali segala hal yang mungkin Anda lewatkan. Apabila Anda sudah yakin dengan tanggapan Anda, *tekan Next untuk mengirim.*

_÷

_÷Setelah terkirim, Anda tidak dapat kembali untuk melakukan modifikasi. Terima kasih atas waktu dan tenaga Anda!

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

Powered by Qualtrics