

Italiano

Information needed

Potrebbe esserle utile avere a portata di mano i seguenti documenti mentre completa il questionario. *Se non possiede questi documenti, per favore fornisca le informazioni richieste come meglio può.*

<p>Risultati dei test</p>	<p><i>Date, tipo (PCR, anticorpi) e risultati dei test <u>Se non ricorda la data esatta, è sufficiente indicare la data stimata. Se è stato sottoposto / sottoposta / sottopostø a un test sierologico per COVID-19, le sarà chiesto il nome del produttore, ma quest'informazione non è necessaria.</u></i></p>
<p>Durata e severità dei sintomi</p>	<p><i>Valutazione dei sintomi <u>Le sarà chiesto di selezionare i sintomi verificatisi durante le prime 4 settimane, e nei mesi successivi, fino a 7 mesi.</u></i></p>
<p>Altri esami diagnostici</p>	<p><i>Risultati degli esami diagnostici <u>Le saranno poste svariate domande riguardo gli esami diagnostici effettuati per i suoi sintomi fisici da COVID-19 (esami del sangue, risonanza magnetica/TAC, radiografia, ultrasuoni, elettrocardiogramma).</u> Non si preoccupi se non possiede questi <u>documenti.</u></i></p>

Take a Break

Ricordi che in qualsiasi momento può fermarsi per poi riprendere più tardi la compilazione del questionario. Le raccomandiamo di fare delle pause per limitare lo sforzo mentale, specialmente se in questo momento presenta dei sintomi.

Per tornare al questionario:

- **Salvi il link che appare in alto per poter continuare il questionario più tardi.**
- Non completi il questionario in modalità in incognito.
- Non elimini i cookie del browser.

Il suo avanzamento nella compilazione del questionario sarà salvato per la durata di **una settimana**.

Demographics

In quale Paese risiede al momento? *

In quale città abita? Includa lo stato se pertinente. (ad es. New York, NY) *

In che tipo di zona vive? *

- Suburbana
- Urbana
- Rurale

Qual è la sua età? *

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

Qual è la sua identità di genere? *

- Femmina/Donna
- Maschio/Uomo
- Non-binary/Genderqueer/Gender non-conforming
- Preferisco non rispondere
- Altro

La sua identità di genere corrisponde al genere assegnatole alla nascita ? *

- Sì
- No

Se pertinente, è in stato di gravidanza? *

- Sì
- No
- Non applicabile/pertinente

Se pertinente, ha partorito da 6 mesi o meno? *

- Sì
- No
- Non applicabile/pertinente

Se pertinente, ha il ciclo mestruale? *

- Sì
- No, sono in menopausa
- No (altri motivi)
- Non applicabile/pertinente

Quali delle seguenti opzioni descrivono meglio la sua etnia? Selezioni tutte le opzioni pertinenti. *

- Asiatica, Asia Meridionale, Sudest Asiatico (Cines*, Indian*, Vietnamita, Filippin*...)
- Nera (Afroamerican*, Giamaican*, Nigerian*, Haitian*...)
- Bianca (Tedesc*, Italian*, Britannic*, Polacc*, Frances*...)
- Ispanica, latina, o di origine spagnola (Messican*, Messican*-statunitense, Portorican*, Cuban*...)

- Popolazioni indigene/autoctone (Riserva Navajo, Tribù dei Piedi Neri, Maya, Inupiat...)
- Isole del Pacifico (Nativ* Hawaiian*, Samoan*, Fujian*, Chamorro...)
- Mediorientale, Nordafrican* (Libanese, Iranian*, Egizan*, Marocchin*...)
- Preferisco non rispondere
- Altro

Qual era il suo reddito familiare annuale immediatamente **PRIMA della COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Preferisco non rispondere

Qual è il suo reddito familiare ora, **DOPO la COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Preferisco non rispondere

Qual era il suo reddito familiare annuale immediatamente **PRIMA della COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Preferisco non rispondere

Qual è ora il suo reddito familiare annuale, **DOPO la COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Preferisco non rispondere

Qual era il suo reddito familiare annuale immediatamente **PRIMA della COVID-19?** *

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Preferisco non rispondere

Qual è ora il suo reddito familiare annuale, **DOPO la COVID-19?** *

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Preferisco non rispondere

Qual era il suo reddito familiare annuale immediatamente **PRIMA della COVID-19?** *

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Preferisco non rispondere

Qual è ora il suo reddito familiare annuale, **DOPO la COVID-19?** *

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Preferisco non rispondere

Qual è il livello di istruzione più alto che ha raggiunto? *

- Scuola secondaria superiore o inferiore

- Maturità
 Laurea triennale
 Laurea magistrale

Lavora come professionista della sanità? *

- Sì
 No

Come ha trovato questo questionario? *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gruppo "Body Politic Slack" | <input type="checkbox"/> Instagram |
| <input type="checkbox"/> Gruppo su Facebook "Long Haul COVID Fighters" | <input type="checkbox"/> Amici/parenti |
| <input type="checkbox"/> Gruppo su Facebook "Long Covid Support" | <input type="checkbox"/> Mailing list del sito "Patient Led Research" |
| <input type="checkbox"/> Altri gruppi di supporto Facebook | <input type="checkbox"/> Online (articoli, quotidiani, blog) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> |

Background Section

Quando sono cominciati i suoi sintomi? *

	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="2020"/>

Al momento presenta ancora dei sintomi? *

- Sì
- No

Recovered - Total Days

Per quanti giorni in totale ha avuto sintomi? *

Lifestyle & Pre-existing Conditions

Aveva una di queste patologie **pre-esistenti** o ha vissuto una di queste condizioni prima del COVID?

- Allergie alimentari
- Allergie alla polvere o alla muffa
- Allergie a sostanze chimiche
- Allergie stagionali
- Allergie di origine sconosciuta
- Altre allergie
- Insonnia
- Sogni lucidi (sogni in cui si è consapevoli di sognare, o in cui si ha un certo controllo sugli eventi del sogno)
- Incubi
- Sogni vividi (sogni che sembrano reali e da cui solitamente ci si sveglia ricordando vividamente gli eventi del sogno)

- Sudorazioni notturne
- Apnea nel sonno
- Reflusso gastroesofageo
- Celiachia
- Malattia di Crohn
- Colite ulcerosa
- Sindrome dell'intestino irritabile (IBS)
- Altre problematiche gastrointestinali
- Asma
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- Tubercolosi
- Eczema
- Infezioni cutanee causate da virus (herpes labiale, herpes, verruche, mollusco contagioso)
- Demenza
- Crisi epilettiche
- Emicrania
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Malattia di Parkinson
- Sclerosi multipla
- Neuropatia periferica
- Malattia cardiaca coronarica
- Insufficienza cardiaca
- Ipertensione (alta pressione sanguigna)
- Ipotensione (bassa pressione sanguigna)
- Precedenti clinici di trombosi (coaguli nel sangue)
- Precedenti clinici di ictus
- Colesterolo alto/iperlipidemia
- Prolasso della valvola mitrale
- Anemia
- Autismo

- Patologie autoimmuni/reumatologiche
- Tumore (qualsiasi tipo)
- Malattia renale cronica
- Diabete di tipo 1
- Diabete di tipo 2
- Sindrome di Ehlers-Danlos (EDS)
- Endometriosi
- Fibromialgia
- Deficit selettivo di IgA
- Cistite interstiziale (sindrome del dolore pelvico)
- Epatite (A/B/C)
- HIV
- Sindrome da attivazione mastocitaria (MCAS)
- Encefalomielite mialgica/sindrome da fatica cronica (ME/CFS)
- Obesità
- Sindrome da tachicardia posturale ortostatica (POTS)
- Infezioni batteriche ricorrenti
- Infezioni virali ricorrenti
- Sindrome delle gambe senza riposo (RLS)
- Sindrome dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM)
- Vertigini
- Vista: miopia/ipermetropia
- Carenza di vitamina D
- Nessuna delle precedenti**

Per favore indichi altre patologie pre-esistenti non elencate. Se più di una, per favore le separi con una virgola. Indichi solo le patologie, senza descriverle o spiegarle.

Durante i sintomi da COVID-19, una o più patologie pre-esistenti sono cambiate?

- Sì, sono peggiorate.
- Sì, sono migliorate.
- Alcune sono migliorate, alcune sono rimaste invariate, altre sono peggiorate (per favore aggiunga una spiegazione nelle caselle di testo della pagina che segue).
- No, non sono cambiate.
- Non applicabile/pertinente (non aveva patologie pre-esistenti)

Se c'è stato un peggioramento di una o più patologie pre-esistenti, per favore descriva brevemente. (opzionale)

Se c'è stato un miglioramento di una o più patologie pre-esistenti, per favore descriva brevemente. (opzionale)

Qual è il suo gruppo sanguigno? Se non lo sa, per favore selezioni 'Non so'. *

Hospitalization

Ricovero in ospedale

Ha consultato un medico per i suoi sintomi da COVID-19? Ciò include sia gli appuntamenti dal vivo sia la telemedicina, come per esempio le chiamate via cellulare. Selezioni tutte le affermazioni pertinenti. *

- Medico di medicina alternativa
- Cardiologo
- Dermatologo
- Gastroenterologo
- Ematologo
- Medico generico
- Immunologo/allergologo
- Specialista di malattie infettive
- Medico di base
- Neurologo/neuroimmunologo
- Ostetrico ginecologo
- Psichiatra
- Pneumologo
- Reumatologo

- Altro
- Non ho visto/consultato il mio medico

È stato ricoverato / stata ricoverata / statø ricoveratø in ospedale? *

- Sì
- No
- Sono andato / andata / andatø al pronto soccorso, ma non ho potuto fare l'accettazione // non sono rimasto / rimasta / rimastø per la notte.

Se sì: quanto è durato il ricovero? [Numero di giorni] *

Ha ricevuto ossigenoterapia/supplementazione d'ossigeno? *

- Sì, cannula nasale
- Sì, intubazione
- No
- Non sono stato ricoverato / stata ricoverata / statø ricoveratø
- Altro

(Opzionale) Se vuole, descriva la sua esperienza con l'assistenza sanitaria



COVID-19 Testing

Si è sottoposto / sottoposta / sottoposte al test diagnostico per COVID-19? (Non si tratta del test sierologico, argomento affrontato in una sezione separata del questionario.) *

- Sì, almeno una volta
- No, ho provato ma non ho potuto
- No, non ho provato

Quante volte è stato effettuato il test su di lei? *

- 1
- 2
- 3
- Altro

In che data è stato effettuato il test **la prima volta** ? (Se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata) *

	Mese	Giorno	Anno

Si prega di selezionare:

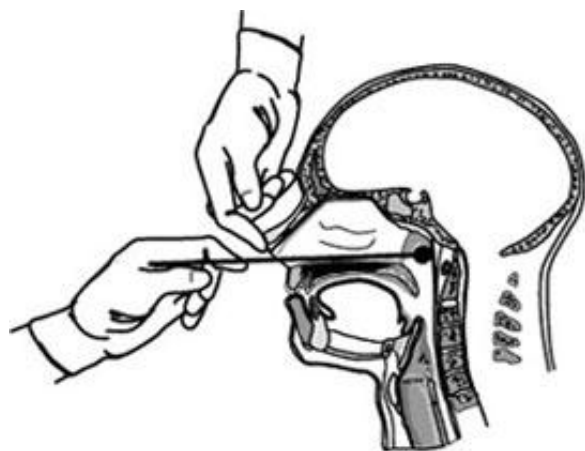
| | |

Ha indicato una stima invece della data esatta?

Sì, era una stima

Che tipo di test diagnostico per COVID-19 è stato effettuato **la prima volta** ?

- Nasale (secrezioni nasali dalle narici, senza coinvolgere il naso e la gola)
- Nasofaringeo (secrezioni nasali dalle narici, coinvolgendo la cavità dietro a naso e gola)



- Gola
- Altro

Qual era il risultato del test? *

- Positivo
- Negativo

Inconcludente/In attesa dei risultati

In che data è stato effettuato il test **per la seconda volta** ? (Se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata) *

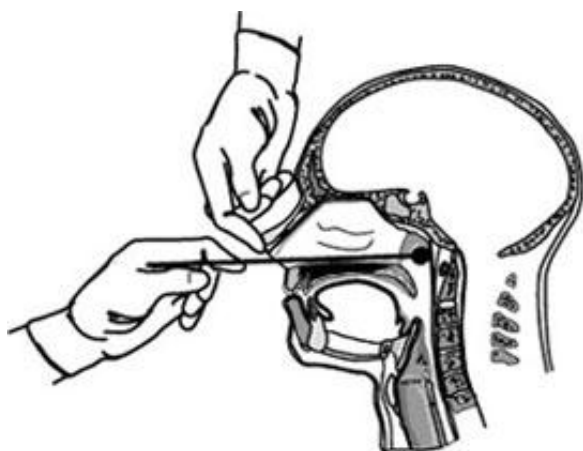
	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Ha indicato una stima invece della data esatta?

Sì, era una stima

Che tipo di test diagnostico per COVID-19 è stato effettuato **la seconda volta**?

- Nasale (secrezioni nasali dalle narici, senza coinvolgere il naso e la gola)
- Nasofaringeo (secrezioni nasali dalle narici, coinvolgendo la cavità dietro a naso e gola)



Gola

Altro

Qual era il risultato del test? *

- Positivo
- Negativo
- Inconcludente/In attesa dei risultati

In che data è stato effettuato il test **per la terza** volta? (se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata) *

	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

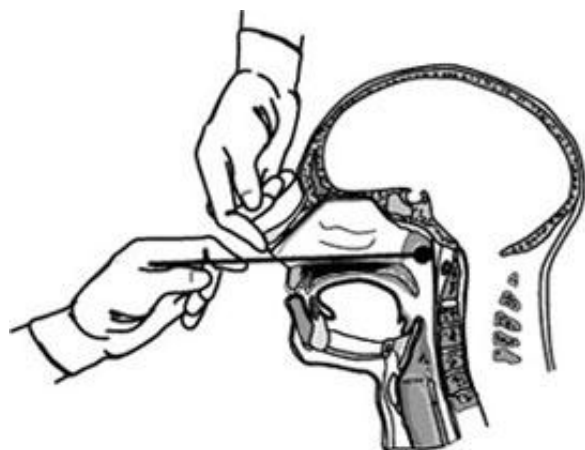
Ha indicato una stima invece della data esatta?

- Sì, era una stima

Che tipo di test diagnostico per COVID-19 è stato effettuato **la terza volta** ?

- Nasale (secrezioni nasali dalle narici, senza coinvolgere il naso e la gola)

- Nasofaringeo (secrezioni nasali dalle narici, coinvolgendo la cavità dietro a naso e gola)



- Gola
- Altro

Qual era il risultato del test? *

- Positivo
- Negativo
- Inconcludente/In attesa dei risultati

Se si è sottoposto / sottoposta / sottopostø ad altri test, li elenchi qui. Scriva ogni nuovo test su una nuova riga, indicando il tipo, la data e il risultato separati da una virgola. Per esempio: Nasofaringeo, 4-1-20, Positivo. Se non ricorda la data esatta, inserisca la data più vicina.

Antibody Testing

Se si è sottoposto / sottoposta / sottopostø a un test sierologico? *

- Sì, almeno una volta
- No, neanche una volta

Quante volte è stato effettuato il test sierologico? *

Qual era il risultato del test? *

- Positivo a entrambi gli anticorpi (IgG e IgM)
- Positivo solo agli anticorpi IgM
- Positivo solo agli anticorpi IgG
- Positivo, ma non conosco il tipo di anticorpi
- Negativo agli anticorpi

Se il suo test era positivo e quantitativo (con indicazione dei valori), qual era il valore di IgM?

Se il suo test era positivo e quantitativo (con indicazione dei valori),

qual era il valore di IgG?

Di che tipo di test si trattava? *

- Prelievo di sangue
- Prelievo da sangue venoso o capillare ("pungi dito")

Inserisca la data del test sierologico (Se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata). *

	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Ha indicato una stima invece della data esatta?

- Sì, era una stima

Chi era il produttore del test? (Selezioni il nome specifico del produttore soltanto se lo conosce per certo. Altrimenti selezioni "Non lo so.") *

- | | |
|---------------------------------|---|
| <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"/> Non lo so |
| <input type="radio"/> EuroImmun | |

Ha altri test sierologici da indicare? *

- Sì
 No

Qual era il risultato dal test sierologico? *

- Positivo a entrambi gli anticorpi (IgG e IgM)
 Positivo solo agli anticorpi IgM
 Positivo solo agli anticorpi IgG
 Positivo, ma non conosco il tipo di anticorpi
 Negativo agli anticorpi

Se il suo test era positivo e quantitativo (con indicazione dei valori), qual era il valore (in mg/dL) di IgM? *

Se il suo test era positivo e quantitativo (con indicazione dei valori), qual era il valore (in mg/dL) di IgG? *

Di che tipo di test si trattava? *

- Prelievo di sangue
- Prelievo da sangue venoso o capillare ("pungi dito")

Inserisca la data del test sierologico (se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata). *

	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Ha indicato una stima invece della data esatta?

- Sì, era una stima

Chi era il produttore del test? (Selezioni il nome specifico del produttore soltanto se lo conosce per certo. Altrimenti selezioni "Non lo so.") *

- Abbott
- Roche
- Mt. Sinai
- EuroImmun
- Ortho-Clinical Diagnostics Vitros
- DiaSorin
- Non lo so

Ha altri test sierologici da indicare? *

- Sì
- No

Si prega di selezionare:

Ha indicato una stima invece della data esatta?

Sì, era una stima

Chi era il produttore del test? (Selezioni il nome specifico del produttore soltanto se lo si conosce per certo. Altrimenti selezioni "Non lo so.") *

- | | |
|---------------------------------|---|
| <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"/> Non lo so |
| <input type="radio"/> EuroImmun | |

Symptoms

Sintomi che coinvolgono la memoria

Secondo la sua esperienza, si sono manifestati **SINTOMI CONNESSI ALLA MEMORIA** dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
 No

Quali dei seguenti sintomi si sono manifestati dall'inizio della COVID-

19? *

- Perdita di memoria a breve termine (ricordi che durano ~30 secondi, ad es. ricordare un numero di telefono prima di scriverlo da qualche parte, o dimenticare cosa si stava facendo mentre lo si faceva)
- Perdita di memoria a lungo termine (i ricordi a lungo termine possono essere qualsiasi cosa; esempi: dimenticare gli eventi del giorno prima, dimenticare un'azione svolta in precedenza, dimenticare informazioni recentemente acquisite, oppure dimenticare l'esperienza della terza elementare)
- Incapacità di creare nuovi ricordi
- Non ricordare come svolgere azioni quotidiane (esempi: legarsi le scarpe, lavarsi le mani)
- Nessuno dei precedenti
- Altro

Quando ha avuto questi sintomi? *

Selezioni i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se ha avuto questi sintomi solo per un periodo durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese
Sintomi connessi alla memoria	<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

Ha mai vissuto uno **stato confusionale (BRAIN FOG, "annebbiamento mentale"**: incapacità di concentrarsi, pensare chiaramente, fare programmi, elaborare e comprendere informazioni, mantenere un flusso di pensieri coerente; pensieri insolitamente lenti o veloci) dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
 No

Quali dei seguenti sintomi di disfunzione cognitiva o stato confusionale si sono manifestati dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Difficoltà con le funzioni esecutive (pianificazione, organizzazione, comprensione delle conseguenze delle azioni, pensiero astratto)
- Agnosia (incapacità di identificare o riconoscere oggetti pur mantenendo intatte le funzioni sensoriali)
- Difficoltà a risolvere i problemi o a prendere decisioni
- Difficoltà di pensiero
- Pensieri eccessivamente rapidi
- Pensieri rallentati
- Scarsa attenzione o concentrazione
- Non ho avuto nessun sintomo del genere
- Altro

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se non ha ancora raggiunto la prima settimana o il primo mese, lasci in**

bianco). Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese	3° mese	4° mese
Sintomi di disfunzione cognitiva/stato confusionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Si è sentito / sentita / sentite significativamente limitato / limitata / limitata o inabile a svolgere qualsiasi delle seguenti azioni specificatamente a causa di **PERDITA DI MEMORIA O STATO CONFUSIONALE** (comprese problematiche dell'attenzione, della funzione cognitiva, e di consapevolezza) ? *

	Fortemente inabile	Moderatamente inabile	Leggermente inabile
Guidare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Occuparsi dei figli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cucinare o usare oggetti che emanano calore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangiare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavarsi regolarmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fortemente inabile	Moderatamente inabile	Leggermente inabile
Prendere decisioni importanti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Uscire di casa e rientrare senza perdersi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ricordare il mese o l'anno in corso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sostenere conversazioni con altri | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mantenere la corretta somministrazione di farmaci (dimenticarsi di prendere le medicine o di averle già prese) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fortemente inabile	Moderatamente inabile	Leggermente inabile
-----------------------	--------------------------	------------------------

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lavorare | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seguire semplici istruzioni | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Esprimere i propri pensieri e bisogni | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Altro

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

Fortemente inabile	Moderatamente inabile	Leggermente inabile
-----------------------	--------------------------	------------------------

Opzionale: Se ritiene che altri campi della sua vita siano stati influenzati da perdita di memoria o stato confusionale, li indichi qui. Per favore indichi anche il grado di limitazione esercitata sulla sua vita (leggero, moderato, forte).

Opzionale: Usi questo spazio per descrivere esempi del suo stato confusionale, della perdita di memoria subita o variazioni della sua soglia di attenzione.

Per favore NON includa informazioni personali (come nome e residenza).

Emotional/Behavioral Changes

Variazioni emotive e comportamentali

Rispetto a come si sentiva prima della COVID-19, ha notato un aumento delle seguenti condizioni? *

- Difficoltà a controllare le emozioni
- Mancanza di inibizione (difficoltà a controllare il proprio comportamento)
- Irritabilità
- Rabbia
- Impulsività (agire sulla base di impulsi senza trattenersi)
- Aggressività
- Euforia (sensazione o stato di intensa contentezza e felicità)
- Allucinazioni
- Depressione

- Apatia (mancanza di sentimenti, emozioni, interesse, preoccupazioni)
- Tendenze suicide
- Sbalzi d'umore
- Ansia
- Mania (stato psichico caratterizzato da umore eccessivamente allegro in maniera anormale, diminuzione del bisogno di dormire; è occasionalmente caratterizzato da allucinazioni)
- Ipomania (una forma più leggera di mania)
- Propensione al pianto e alla tristezza
- Senso di sventura
- Nessuna delle precedenti
- Altro

Opzionale: Usi questo spazio per descrivere esempi delle sue variazioni emotive durante la malattia (COVID-19).

Per favore NON includa informazioni personali (come nome e residenza).

Opzionale: Se ha avuto qualsiasi delle sequenti condizioni emotive **PRIMA** della COVID-19, per favore descriva le differenze nel **post-COVID**.

Per favore NON includa informazioni personali (come nome e residenza).

Speech and Other Language Issues

Problematiche legate alla parola e al linguaggio

Ha vissuto problematiche legate alla **PAROLA E AL LINGUAGGIO** dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
- No

Quali di questi sintomi si sono manifestati dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Difficoltà di reperimento delle parole durante un discorso/la scrittura
- Difficoltà a comunicare verbalmente
- Difficoltà a finire le frasi
- Pronunciare parole irriconoscibili
- Difficoltà a comunicare in forma scritta
- Difficoltà di elaborazione/comprendimento del discorso altrui
- Difficoltà di elaborazione/lettura del testo scritto
- (Se pertinente) Variazioni nelle sue capacità linguistiche non madrelingua (seconda/terza lingua)
- Nessuna delle precedenti

Altro

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	1^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2^o mese	3 ^o mese	4 ^o mese
Problematiche legate alla parola e al linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parla più di una lingua? *

- Sì
- No

Opzionale: Usi questo spazio per descrivere esempi delle sue problematiche connesse alla parola, compresi discorso orale, scrittura, lettura, e ascolto delle parole. Per favore includa ogni variazione se non menzionata precedentemente. Per esempio, se parla più di una lingua e ha notato differenti problemi con la sua lingua madre e le sue lingue secondarie.

Headaches

Mal di testa

Ha avuto **MAL DI TESTA o condizioni simili** dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
- No

Quali dei seguenti sintomi si sono manifestati dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Mal di testa, alla base del cranio
- Mal di testa, alle tempie
- Mal di testa, dietro gli occhi
- Mal di testa, diffuso (tutta la testa)
- Mal di testa/dolore dopo uno sforzo mentale
- Mal di testa, altro
- Sensazione di calore alla testa, "come se andasse a fuoco"
- Sensazione di pressione alla testa
- Eemicranie

- Collo rigido
- Nessuno dei precedenti

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese
Mal di testa e relativi sintomi	<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

Senso del gusto e senso dell'olfatto

Ha vissuto variazioni del **SENSO DEL GUSTO o DELL'OLFATTO** dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
- No

Quali dei seguenti sintomi si sono manifestati dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Perdita dell'olfatto
- Odori inesistenti (immaginare o sentire odori - sentire odori che non ci sono)
- Senso dell'olfatto acuito
- Senso dell'olfatto alterato
- Perdita del gusto
- Gusti inesistenti (immaginare o sentire gusti - sentire gusti quando non si ha nulla in bocca)
- Senso del gusto acuito
- Senso del gusto alterato
- Nessuno dei precedenti

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	1^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2^o mese	3 ^o mese	4 ^o mese	5 ^o mes
Variazioni del gusto o dell'olfatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se ha sentito gusti inesistenti, li descriva:

Se ha sentito odori inesistenti, li descriva:

Tremors and Vibrating Sensations

Tremori e tremiti

Ha avuto **TREMORI O TREMITI** dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

Tremore: Contrazione muscolare involontaria e ritmica che porta a movimenti tremolanti in una o più parti del corpo

Tremito: Sensazione di tensione in cui si avverte che i propri muscoli, le proprie dita o le proprie gambe stanno tremando o la sensazione di un tremore interno, senza vedere movimento esterno delle parti interessate

- Sì
- No

Quali dei seguenti sintomi si sono manifestati dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

Indichi anche in quale parte del corpo erano/sono localizzati i sintomi nella casella di testo. Se il sintomo è localizzato in più parti del corpo, le scriva separandole con una virgola (ad es. mano, gamba, piede).

Tremori

Tremiti

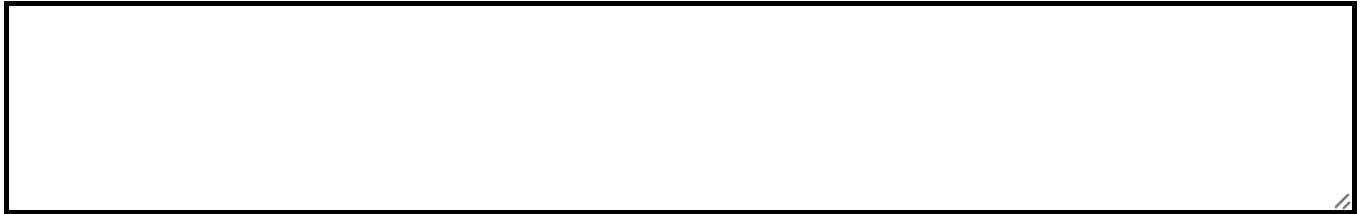
Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese
Tremori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usi questo spazio per descrivere esempi di tremori/tremiti durante la malattia.

Per favore **NON** includa informazioni personali (come nome e residenza).



Sleeping issues

Problematiche legate al sonno

Ha vissuto **PROBLEMATICHE LEGATE AL SONNO** dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
 No

Quali delle seguenti problematiche legate al sonno ha vissuto dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sogni lucidi (sogni in cui si è consapevoli di sognare, o in cui si ha un certo controllo sugli eventi del sogno)
- Sogni vividi
- Incubi
- Insonnia
- Sudorazioni notturne
- Sindrome delle gambe senza riposo (RLS)
- Risveglio a causa della sensazione di non riuscire a respirare
- Apnea del sonno

Altro

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se i sintomi si sono manifestati parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, li selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2^o mese
Insonnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutti gli altri sintomi legati al sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se soffre o ha sofferto di insonnia, quale di queste definizioni ne descrive meglio il tipo? *

- Difficoltà ad addormentarsi
- Svegliarsi presto alla mattina
- Svegliarsi più volte durante la notte
- Nessuna delle precedenti

Cosa causa o ha causato la sua insonnia? *

- Dolore
- Sensibilità alla luce o ai rumori esterni
- Altri disagi fisici
- Ansia/depressione/pensieri in corsa
- Difficoltà a respirare
- Sensazione di energia/adrenalina
- Sensazione che il virus mi tenga sveglio / sveglia / sveglie
- Altro

Hallucinations

Allucinazioni

Ha avuto **ALLUCINAZIONI** (visive, uditive, tattili) dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
- No

Quali delle seguenti allucinazioni si sono verificate dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Allucinazioni visive
- Allucinazioni uditive
- Allucinazioni tattili
- Altre allucinazioni

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se non ha ancora raggiunto la prima settimana o il primo mese, lasci in bianco)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese	3° mese	4° mese	...
Allucinazioni	<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

Debolezza, intorpidimento, formicolio, freddo e altre sensazioni

Quali dei seguenti **SINTOMI NEUROLOGICI** (se presenti) si sono manifestati dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

Indichi anche in quale parte del corpo erano/sono localizzati i sintomi nella casella di testo. Se il sintomo è localizzato in più parti del corpo, le scriva separandole con una virgola (ad es. mano, gamba, piede).

- Sensazioni cutanee: bruciore, formicolio o prurito senza eruzione cutanea
- Intorpidimento/Perdita di sensibilità
- Intorpidimento/Debolezza localizzata solo da un lato del corpo

- Freddo
- Formicolio/Prurito/Sensazione di puntura di spilli e aghi
- Sensazione di ricevere scosse elettriche
- Paralisi facciale (indichi dove era avvertita la paralisi)
- Sensazione di pressione facciale/intorpidimento, lato sinistro
- Sensazione di tensione facciale/intorpidimento, lato destro
- Sensazione di tensione facciale/intorpidimento, altro:
- Debolezza
- Nessuno dei precedenti

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se i sintomi si sono manifestati parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, li selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2 ^o mese
Qualsiasi sintomo neurologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperature Issues

Problematiche legate alla temperatura corporea

Ha mai avuto variazioni di **TEMPERATURA CORPOREA** (comprese intolleranza al caldo, brividi, temperatura alta/bassa) dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sì
- No

Quali delle seguenti problematiche legate alla **TEMPERATURA CORPOREA** si sono manifestate dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Sbalzi di temperatura (cambiamenti repentini verso stati di febbre o temperatura elevata)
- Intolleranza al caldo
- Altre problematiche legate alla temperatura (non elencate sopra/sotto)

Se ha vissuto una di queste problematiche legate alla temperatura corporea, quando si sono manifestati i seguenti sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se non ha ancora raggiunto la prima settimana o il primo mese, lasci in bianco)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un

periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	set
Temperature elevate (37.1-37.9 gradi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Febbre (38 gradi o superiore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bassa temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brividi/Arrossamenti/Sudori freddi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tutte le altre problematiche legate alla temperatura corporea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Se ha avuto una bassa temperatura corporea, qual era il valore più basso? Per favore inserisca solo la cifra.

Se ha avuto un'elevata temperatura corporea, qual era il valore più alto? Per favore inserisca solo la cifra.

Cardiovascular Symptoms

Sintomi cardiovascolari

Quando si sono manifestati i seguenti sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	r
Tachicardia (elevata frequenza cardiaca, >90 battiti al minuto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bradycardia (bassa frequenza cardiaca, <60 battiti al minuto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitazioni (Sensazione o consapevolezza del battito cardiaco. Sentire che il proprio cuore batte forte, sbatte contro la cassa toracica o salta i battiti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pressione sanguigna insolitamente alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pressione sanguigna insolitamente bassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vene visibilmente infiammate/ rigonfie o sporgenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sventimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaguli di sangue (trombosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se ha avuto tachicardia e ha potuto misurarla, quale era la frequenza cardiaca più alta (in bpm) che ha misurato **a riposo**?

Se ha avuto tachicardia e ha potuto misurarla, quale era la frequenza cardiaca più alta (in bpm) che ha misurato **sotto sforzo** (durante l'attività fisica)?

Se ha avuto tachicardia e ha potuto misurarla, la sua frequenza cardiaca era più alta in posizione eretta rispetto alla posizione seduta?

- Sì, era più alta in piedi
- No, era più alta in posizione seduta
- Era all'incirca la stessa in entrambe le posizioni

Se ha avuto tachicardia e ha potuto misurarla, quanto è cambiata la

sua frequenza cardiaca da una posizione distesa a una posizione eretta durante l'ultima misurazione? (In BPM, battiti al minuto)

All Other Symptoms - Timecourse

Questa sezione contiene diversi gruppi di domande riguardanti svariati sintomi e problematiche raggruppate per localizzazione in determinate parti del corpo. (**Problematiche generiche, Problematiche gastrointestinali, Sintomi respiratori e di sinusite, Sintomi dell'udito e dell'orecchio, Sintomi della vista e dell'occhio, Sintomi del sistema riproduttivo e delle vie urinarie, Sintomi cutanei e allergie cutanee, e Problematiche legate ai muscoli e alle giunture**)

Questi sintomi si sono manifestati? Se sì, quando? *

Indichi i sintomi per le prime **4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni. **Se non si è manifestato nessun sintomo di un dato gruppo di sintomi, selezioni la casella "Nessun sintomo sottostante si è manifestato" sopra al gruppo di sintomi.**

Problematiche generiche

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	s
Capogiro/Vertigini/Instabilità o problemi di equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nevralgia (dolore ai nervi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crisi epilettiche (confermate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crisi epilettiche (presunte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Episodi di difficoltà respiratoria/annaspire in cerca d'aria quando la saturazione di ossigeno nel sangue è normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bassi livelli di ossigeno (<94%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reazione anafilattica nuova/inattesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stato confusionale acuto (improvviso)/disorientamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biasciare le parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glicemia alta (se misurata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glicemia bassa (se misurata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Problematiche gastrointestinali

Nessun sintomo gastrointestinale sottostante si è manifestato

Problemi gastrointestinali

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settim
Costipazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita dell'appetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore addominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruciore della parte inferiore dell'esofago/reflusso gastroesofageo/reflusso acido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sintomi respiratori e di sinusite

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi respiratori e di sinusite

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana
Tosse secca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse con produzione di muco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse con sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respiro corto (la sensazione che manchi l'aria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppressione toracica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starnuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naso che cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore/bruciore al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rantolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>				

Sintomi dell'udito e dell'orecchio

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi dell'udito e dell'orecchio

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2 ^a me
Perdita dell'udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Acufene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Altre problematiche riguardanti l'udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

Sintomi della vista e dell'occhio

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi della vista e dell'occhio

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2 ^o mese
Problemi alla vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri sintomi dell'occhio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sintomi del sistema riproduttivo e delle vie urinarie

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi del sistema riproduttivo e delle vie urinarie

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2 ^o mese
Qualsiasi problema legato al ciclo mestruale/alle mestruazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di controllo della vescica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sintomi cutanei e allergie cutanee

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi cutanei e allergie cutanee

	Non applicabile/pertinente	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana
Desquamazione della pelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petecchie (piccole macchie viola, rosse o marroni sulla pelle, solitamente compaiono su braccia, gambe, stomaco, glutei e occasionalmente all'interno della bocca o delle palpebre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dita da COVID (scolorimento, gonfiore, piedi doloranti o con vesciche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatografia (sulla pelle si formano linee rosse se ci si gratta o si "scrive" con un'unghia, un tappo di penna, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuove allergie (alimentari, chimiche, ambientali, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash cutanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problematiche legate ai muscoli e alle giunture

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Problematiche legate ai muscoli e alle giunture

	Non applicabile/pertinente	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese
Spasmi muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori alle giunture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore o bruciore alle ossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

All Other Symptoms - Checkbox

Secondo la sua esperienza, si sono manifestati **SINTOMI CONNESSI ALLA MEMORIA** dall'inizio della sua malattia (COVID-19)? *

- Incapacità di piangere
- Incapacità di sbadigliare
- Groppo in gola/Difficoltà a deglutire
- Cambiamenti della voce
- Tossire sangue
- Spersonalizzazione (sentirsi come se non si fosse reali / real* // sentirsi come se si osservasse se stessi / stess* dall'esterno del proprio corpo)
- Derealizzazione (sentire che il mondo non è reale)
- Estrema sete
- Nessuno dei precedenti

Orecchio e udito

- Dolore all'orecchio

- Cambiamenti del canale uditivo (pressione, ostruzione, bruciore, gonfiore, etc.)
- Intorpidimento/Perdita di sensibilità
- Sensibilità al rumore
- Altri sintomi dell'udito e dell'orecchio
- Nessuno dei precedenti

Occhio e vista

- Sintomi della vista - visione sfocata
- Sintomi della vista - visione doppia
- Sintomi della vista - sensibilità alla luce
- Sintomi della vista - restringimento del campo visivo ("visione a tunnel")
- Sintomi della vista - perdita totale della vista
- Dolore o pressione all'occhio
- Congiuntivite
- Rottura dei capillari dell'occhio
- Secchezza oculare
- Arrossamento all'esterno degli occhi
- Pulviscolo
- Non vedere oggetti in visione periferica
- Altri sintomi dell'occhio
- Nessuno dei precedenti

Sistema riproduttivo e vie urinarie

- Menopausa precoce
- Sanguinamento/spotting post-menopausa
- Mestruazioni insolitamente abbondanti/coaguli mestruali

- Mestruazioni insolitamente irregolari
- Altri problemi relativi alle mestruazioni
- Diminuzione delle dimensioni del pene/dei testicoli
- Dolore ai testicoli
- Altri problemi relativi a sperma/pene/testicoli
- Disfunzioni sessuali (difficoltà a mantenere l'erezione, secchezza vaginale, difficoltà a raggiungere l'orgasmo)
- Problemi urinari, altri
- Nessuno dei precedenti

Stomaco e intestino

- Sentirsi sazio / sazia / saziò velocemente quando si mangia
- Dolore addominale
- Intestino troppo attivo
- Nessuno dei precedenti

Pelle e allergie

- Nuove allergie (alimentari, chimiche, ambientali, etc.)
- Reazioni accentuate a allergie pre-esistenti
- Prurito alla pelle
- Prurito agli occhi
- Prurito, altro
- Unghie fragili e scolorite
- Herpes Zoster/Fuoco di Sant'Antonio

Nessuno dei precedenti

Symptom Course

Quanto erano gravi i suoi sintomi nel corso delle **settimane** e dei **mesi**? *

Se ha avuto più sintomi gravi nell'arco di tempo indicato, prenda come riferimento il più grave.

	Nessun sintomo	Sintomi molto lievi	Sintomi lievi	Sintomi moderati	Sintomi gravi	Sintomi molto gravi
1 ^a settimana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ^a settimana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ^a settimana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ^a settimana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° mese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nessun sintomo	Sintomi molto lievi	Sintomi lievi	Sintomi moderati	Sintomi gravi	Sintomi molto gravi
3° mese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4° mese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5° mese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6° mese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7° mese e oltre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nessun sintomo	Sintomi molto lievi	Sintomi lievi	Sintomi moderati	Sintomi gravi	Sintomi molto gravi

Quale di queste descrizioni definisce in modo appropriato la sua esperienza con le ricadute e in generale il decorso dei suoi sintomi? Selezioni tutte le opzioni in cui si riconosce: *

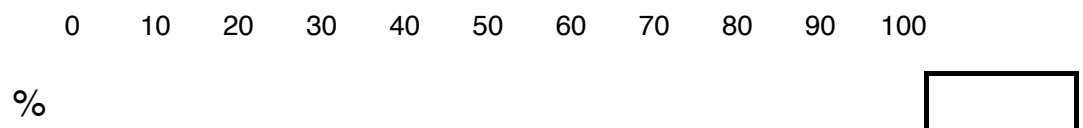
- Non ho avuto/non ho ancora avuto ricadute.
- Le mie ricadute avvengono secondo uno schema regolare (mensilmente, giornalmente, o settimanalmente).
- Le mie ricadute avvengono secondo uno schema irregolare (in maniera casuale).
- Le mie ricadute avvengono in risposta a una causa scatenante (stress, alcool, esercizio/sforzo, etc).
- Nel corso del tempo, le mie ricadute stanno diventando più brevi/più leggere
- Nel corso del tempo, le mie ricadute stanno diventando più lunghe/più gravi
- La gravità delle mie ricadute è rimasta pressoché immutata nel corso del tempo.
- Nel complesso, i miei sintomi sono lentamente migliorati nel tempo.
- Nel complesso, i miei sintomi sono rimasti pressoché gli stessi.
- Nel complesso, i miei sintomi sono lentamente peggiorati nel tempo.
- Sono peggiorato / peggiorata / peggioratø rapidamente.
- Sono migliorato / migliorata / miglioratø rapidamente.
- Altro

Quali tra questi fattori scatenano una ricaduta o un peggioramento dei sintomi? Selezioni tutte le opzioni in cui si riconosce: *

- Stress
- Alcool
- Caffaina

- Caldo
- Ciclo mestruale/menstruazione
- 1 settimana prima della menstruazione
- Esercizio fisico
- Attività fisica
- Attività mentale
- Altro

Che voto darebbe a come si sente oggi, con un valore compreso tra 0-100% (considerando 100% come la sua situazione pre-COVID)?



Symptom Severity

Elenchi almeno **3 sintomi** che per lei sono stati i più debilitanti durante la guarigione.

Su una scala da 0-10, quanto erano gravi? (0 per niente debilitante, 10 completamente debilitante).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sintomo 1 *

Sintomo 2 *

Sintomo 3 *

Sintomo 4

Sintomo 5

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

Malessere post-sforzo

Peggioramenti o ricadute in seguito ad attività fisica e/o mentale.

Durante la sua guarigione, ha avuto peggioramenti o ricadute dopo l'attività fisica o mentale? *

- Sì
 No

Quanto gravi sono stati questi peggioramenti o ricadute, in media? Se non ne ha avuti, lasci il cursore sullo 0. *

	Nessun			Un po' di			Forte				
	malessere			malessere			malessere				
	post-sforzo			post-sforzo			post-sforzo				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sforzo fisico

Sforzo cognitivo

Se ha avuto peggioramenti o ricadute dopo l'attività **fisica**, quando si sono manifestati i sintomi? *

- Immediatamente
- Il giorno stesso, un paio d'ore dopo
- Il giorno seguente
- Dopo un paio di giorni
- Dipende
- Non ho avuto peggioramenti o ricadute in seguito allo sforzo fisico

Se ha avuto peggioramenti o ricadute dopo l'attività **mentale**, quando si sono manifestati i sintomi? *

- Immediatamente
- Il giorno stesso, un paio d'ore dopo
- Il giorno seguente
- Dopo un paio di giorni
- Dipende
- Non ho avuto peggioramenti o ricadute in seguito allo sforzo mentale

Quanto durano solitamente i peggioramenti/le ricadute in seguito allo sforzo fisico o mentale? *

- Qualche ora
- Qualche giorno
- Qualche settimana
- Altro

(Opzionale) Spieghi qualcosa in più sul suo malessere post-sforzo. Per esempio, può elencare il tipo di attività che causa il grave peggioramento dei suoi sintomi (camminata, esercizio fisico intenso, lettura, film, etc.)

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

1^a
settimana

2^a
settimana

3^a
settimana

4^a
settimana

2^o
mese

3^o
mese

4^o
mese

Peggioramenti
o ricadute di
sintomi dovute
a sforzo fisico
o mentale

Fatigue Assessment Scale

Affaticamento/spossatezza

Le seguenti 10 affermazioni fanno riferimento a come si sente **in questo momento** nel corso della sua guarigione dalla malattia (COVID-19) [durante la settimana appena trascorsa]. **Per favore risponda a tutte le affermazioni, anche se non riflettono la sua situazione attuale.** *

	Mai	A volte	Regolarmente	Spesso	Sempre
Sono spossato / spossata / spossate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi stanco molto velocemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non faccio molto durante il giorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho abbastanza energia per la vita di tutti i giorni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sento fisicamente esausto / esausta / esauste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mai	A volte	Regolarmente	Spesso	Sempre
Ho problemi ad iniziare cose nuove	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ho difficoltà a formulare pensieri chiari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non sento il desiderio di fare niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sento mentalmente esausto / esausta / esausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando faccio qualcosa, riesco a concentrarmi bene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rispetto a come si sentiva prima di contrarre la COVID-19, come descriverebbe il suo livello di affaticamento **durante** la guarigione? *

- Significativamente più elevato rispetto a prima
- Moderatamente più elevato rispetto a prima
- Leggermente più elevato rispetto a prima
- Uguale a prima
- Minore di prima

Quanto riesce a riposare in media QUOTIDIANAMENTE, durante la guarigione? (Per riposo si deve intendere: tempo di ripresa, rilassarsi senza alcun obbligo/lavoro, senza prendersi cura dei figli, etc.). **Non includa il sonno quotidiano notturno, né se sonnecchia durante il giorno.** *

- meno di 2 ore al giorno
- dalle 2 alle 4 ore al giorno
- dalle 4 alle 6 ore al giorno
- dalle 6 alle 8 ore al giorno

più di 8 ore al giorno

Se ha provato spossatezza, quando l'ha provata? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	set
Affaticamento/spossatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Changes in Sensitivity to Medication or Other Substances

Variazioni nella sensibilità alla terapia farmacologica o altre sostanze

Ci sono stati cambiamenti nella sua sensibilità alla terapia farmacologica o ad altre sostanze? *

- Sì
 No

Quali sono i farmaci o le sostanze in questione? Se più di uno, per favore li separi con una virgola.

Se è un farmaco, per cosa le è stato somministrato?

Descriva i cambiamenti che ha notato:

General Functioning

In generale, definirebbe la sua condizione di salute PRIMA dell'inizio della malattia (COVID-19): *

- Eccellente
- Molto buona
- Buona
- Discreta
- Pessima

In generale, IN QUESTO MOMENTO definirebbe la sua condizione di salute: *

- Eccellente
- Molto buona
- Buona
- Discreta
- Pessima

La sua salute al momento le impedisce di salire più rampe di scale? *

- Sì, decisamente
- Sì, un po'
- No, per niente

Quanto la sua attuale condizione di salute limita la sua capacità di percorrere un isolato? *

- Parecchio
- Un po'
- Per niente

Quanto la sua attuale condizione di salute limita la sua capacità di lavarsi o vestirsi? *

- Parecchio
- Un po'
- Per niente

Durante le ultime 4 settimane, ha avuto uno dei seguenti problemi con

il lavoro o altre attività quotidiane a causa della sua **condizione di salute FISICA**? (Indichi tutte le opzioni in cui si rivede) *

- Ho potuto fare meno di quanto avrei voluto
- Ero limitato / limitata / limitatø nel tipo di lavoro o altre attività che potevo svolgere
- Non ero limitato / limitata / limitatø

Durante le ultime 4 settimane, ha avuto uno dei seguenti problemi con il lavoro o altre attività quotidiane a causa della sua **condizione di salute EMOTIVA**? (Indichi tutte le opzioni in cui si rivede) *

- Ho potuto fare meno di quanto avrei voluto
- Ero limitato / limitata / limitatø nel tipo di lavoro o altre attività che potevo svolgere
- Non ero limitato / limitata / limitatø

Mental Health

Sintomi legati alla salute mentale

Può scegliere di non rispondere a qualsiasi di queste domande.

Se sta avendo pensieri suicidi, questi numeri di assistenza che può contattare:

Linea di ascolto "Parla con Noi": Servizio per la Prevenzione del Suicidio: 06 33777740

Telefono Amico Italia: 199 284 284

Telefono Amico Centri in Rete: 800 848 400

Samaritans onlus Italia: 800 86 00 22

Trova [altri servizi di assistenza telefonica](#) nel tuo Paese

Ha mai ricevuto una diagnosi (prima dei sintomi da COVID-19) di una patologia legata alla salute mentale (ad es. depressione, ansia, attacchi di panico, psicosi, etc.)?

- Sì
 No

Pensa di aver avuto o di avere una patologia legata alla salute mentale che non è stata diagnosticata?

- Sì
 No

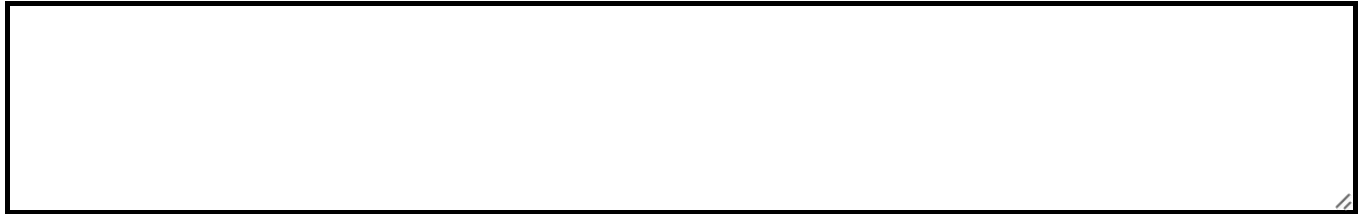
Se ha risposto sì a una delle due domande precedenti, quali delle seguenti patologie ha vissuto? (Indichi tutte le opzioni in cui si rivede)

- Depressione
 Disturbo bipolare
 Disturbo d'ansia
 Disturbo da uso di sostanze
 Disturbo alimentare
 Disturbo di personalità
 Disturbo psicotico
 Delirium/stato confusionale acuto
 Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)
 Altro

Per ogni condizione in cui si rivede, per favore specifichi se ci sono stati miglioramenti o peggioramenti durante la malattia:

	Non applicabile/pertinente	Nessun cambiamento durante la malattia (COVID-19)	Inizio della patologia durante la malattia (COVID-19)	Peggiori segni durante la malattia (COVID-19)
Depressione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo bipolare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo d'ansia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo da uso di sostanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo alimentare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo di personalità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo psicotico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium/stato confusionale acuto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>				

Descriva come avvertiva queste condizioni o come esse hanno influenzato la sua vita durante la malattia (COVID-19)



Depressive Symptoms

Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso si sono presentate le seguenti problematiche?

	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Scarso interesse o piacere nel fare le cose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirsi giù, depresso / depressa / depressø o senza speranza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà ad addormentarsi o nel dormire/dormire troppo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirsi spossato / spossata / spossatø o senza energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Sentirsi in colpa per se stesso / stessa / stesse, o sentirsi un fallimento; sentire di aver deluso se stesso / stessa / stesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muoversi o parlare in modo visibilmente lento. O il contrario: essere talmente in agitazione o irrequieto / irrequieta / irrequiete da essere molto più in movimento del solito.

Pensare alla morte come una soluzione per stare meglio o aver provato a ferirsi in qualche modo.

Per niente

Alcuni giorni

Più della metà
dei giorniQuasi ogni
giorno

Se ha spuntato qualsiasi delle precedenti problematiche, quanto hanno reso difficile per lei lavorare, prendersi cura della casa, andare d'accordo con altre persone?

- Per niente difficile
- Un po' difficile
- Molto difficile
- Estremamente difficile

(Opzionale) Se desidera, scriva qualcosa in più sulla sua esperienza.

Anxiety Symptoms

Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso è stato afflitto dalle seguenti problematiche?

	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Nervosismo/agitazione/tensione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non essere in grado di fermare o controllare le preoccupazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preoccuparsi troppo per svariate questioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà a rilassarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Essere così agitato / agitata / agitate da non riuscire a stare seduto / seduta / sedute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adirarsi o irritarsi facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aver paura che qualcosa di terribile possa accadere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno

Se ha spuntato qualsiasi delle precedenti problematiche, quanto hanno reso difficile per lei lavorare, prendersi cura della casa, andare d'accordo con altre persone?

- Per niente difficile
- Un po' difficile
- Molto difficile
- Estremamente difficile

(Opzionale) Se desidera, scriva qualcosa in più sulla sua esperienza.

Suicidal Thoughts

Se sta avendo pensieri suicidi, questi numeri di assistenza che può contattare:

Linea di ascolto "Parla con Noi": Servizio per la Prevenzione del Suicidio: 06 33777740

Telefono Amico Italia: 199 284 284

Telefono Amico Centri in Rete: 800 848 400

Samaritans onlus Italia: 800 86 00 22

Trova [altri servizi di assistenza telefonica](#) nel tuo Paese

In qualsiasi momento durante la pandemia di COVID-19, lei ha:

- Desiderato di morire o di andare a dormire e non svegliarsi
- Avuto pensieri suicidi
- Avuto pensieri autolesionisti
- Fatto qualcosa per farsi del male
- Non ha avuto pensieri suicidi
- Altro

Psychiatric Medication

Ha preso i medicinali prescritti durante la sua guarigione?

- Sì
 No

In qualsiasi momento durante la pandemia di COVID-19, ci sono stati cambiamenti nelle sue prescrizioni psichiatriche?

- Sì, è stata corretta la dose di un farmaco che prendevo da prima
 Sì, mi sono stati prescritti nuovi farmaci
 No, ho continuato a prendere farmaci nelle dosi precedentemente prescritte
 No, non ho avuto necessità di assumere psicofarmaci

Se le sono stati prescritti nuovi farmaci, quali erano?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepressivi (non Bupropione) | <input type="checkbox"/> Melatonina per l'insonnia |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropione) | <input type="checkbox"/> Stabilizzatore dell'umore (ad es. litio, acido valproico, topiramato, ect.) |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (ansiolitico) | <input type="checkbox"/> Stimolante |
| <input type="checkbox"/> Antipsicotico | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Farmaci ipnotici per l'insonnia (ad es. zolpidem, zopiclone, zaleplon) | |

Se ha assunto qualunque di questi farmaci, indichi che effetto hanno avuto

sulla sua condizione. (Risponda per ogni farmaco che ha assunto)

	Ottimo	Moderatamente positivo	Leggermente positivo	Praticamente nessuno	Leq r
Antidepressivi (SSRI/SNRI/Wellbutrin, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Benzodiazepine (ansiolitico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Antipsicotico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Farmaci ipnotici per l'insonnia (ad es. zolpidem, zopiclone, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Ottimo	Moderatamente positivo	Leggermente positivo	Praticamente nessuno	Leq r
Melatonina oer l'insonnia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stabilizzatore dell'umore (ad es. litio, acido valproico, topiramato, ect.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stimolante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Altro	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	
	Ottimo	Moderatamente positivo	Leggermente positivo	Praticamente nessuno	Leq r

Se ha avuto necessità di assumere psicofarmaci durante la pandemia di COVID-19, selezioni le opzioni in cui si ritrova:

- Ho ricevuto la terapia farmacologica dal mio medico di base/dal mio medico di fiducia
- Ho ricevuto la terapia farmacologica dal mio medico precedente
- Ho ricevuto la terapia farmacologica da un nuovo medico
- Non ho potuto ottenere la terapia farmacologica di cui avevo bisogno

Se non ha potuto ricevere una terapia farmacologica per problemi psichiatrici, quali di questi fattori hanno concorso a quest'impossibilità?

- Costi
- Accesso ad un dispositivo compatibile con la telemedicina
- Il medico/centro medico che preferisco non accetta la mia assicurazione
- Il medico/centro medico che preferisco non cura i pazienti attraverso la telemedicina
- Altro

Coping

A quali attività ha partecipato con il preciso obiettivo di trovare supporto/forza per gestire la sua situazione? (Selezioni tutte le opzioni pertinenti)

- Gruppi di supporto/comunità online specifiche per COVID-19
- Gruppi di supporto/comunità online generiche (NON specifiche per COVID-19)
- Terapia psicologica
- Yoga
- Esercizio aerobico
- Meditazione
- Nessuna delle precedenti

Se ha aderito ad una comunità online specifica per COVID-19, qual è l'effetto di questa partecipazione sul suo benessere generale?

- Ha significativamente migliorato il mio benessere generale
- Ha moderatamente migliorato il mio benessere generale
- Non ha avuto effetti sul mio benessere generale
- Ha moderatamente peggiorato il mio benessere generale
- Ha significativamente peggiorato il mio benessere generale

È d'accordo con questa affermazione? "Uno o più medici non mi hanno creduto"

- Molto d'accordo
- D'accordo
- Più o meno d'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- Più o meno in disaccordo
- In disaccordo
- Fortemente in disaccordo

(Opzionale) Descriva come la partecipazione a una o più comunità online è utile per il suo benessere.

L'isolamento fisico dagli altri:

- Ha avuto un forte impatto negativo sul mio benessere mentale
- Ha avuto un impatto negativo sul mio benessere mentale
- Non ha avuto conseguenze sul mio benessere mentale

- Ha avuto un impatto positivo sul mio benessere mentale
- Ha avuto un forte impatto positivo sul mio benessere mentale
- Non sono stato / stata / state fisicamente in isolamento dagli altri

(Opzionale) Indichi quanto si ritrova in ognuna di queste 28 affermazioni, consideri che possono descrivere il passato o il momento presente.

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto
Mi sono buttato / buttata / buttate sul lavoro o altre attività per distrarmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho concentrato i miei sforzi per reagire alla situazione in cui mi trovo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho pensato "tutto questo non è reale"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Per sentirmi meglio, ho assunto alcool o altre droghe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho ricevuto supporto emotivo dagli altri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho rinunciato a provare a gestire tutto questo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho agito per provare a migliorare la situazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto
Mi rifiuto di credere che questo mi stia succedendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho detto cose per mettere in fuga il mio disagio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ho ricevuto aiuto e consigli da altre persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho provato a guardare la situazione sotto una luce diversa, per farla sembrare migliore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono rimproverato / rimproverata / rimproverate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho tentato di mettere in piedi una strategia di reazione alla situazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho ricevuto conforto e comprensione da qualcuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto
Ho rinunciato a superare tutto questo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho cercato elementi positivi in quello che sta succedendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ci ho scherzato su	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho svolto attività per pensarci di meno, come andare al cinema, guardare la TV, leggere, fare sogni a occhi aperti, dormire o fare shopping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho accettato la realtà dei fatti: è successo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho espresso i miei sentimenti negativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho provato a trovare conforto nella mia religione o nel mio credo spirituale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto

Ho provato a ottenere aiuto o consigli dagli altri per sapere cosa fare

Ho imparato a convivere

Ho pensato molto alla prossima mossa da fare

Mi sento colpevole per quello che è successo

Ho pregato o meditato

Mi prendo gioco della situazione

Per niente

Un po'

Abbastanza

Molto

Scriva qualsiasi altra cosa riguardo ai suoi metodi per far fronte alla malattia:

Structural Support

Come descriverebbe il sostegno ricevuto (o la sua assenza) dalle persone citate durante la sua malattia?

	Dannoso	Sdegnoso	Scettico	Apatico	Leggermente preoccupato
Personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coniuge / Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famiglia (non Coniuge/ Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datore di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>					

(Opzionale) Se le va, condivida pure la sua esperienza riguardo al supporto ricevuto o l'assenza di esso durante la sua malattia (COVID-19).

Quale di queste affermazioni descrive meglio la sua situazione durante la malattia (COVID-19)?

- Vivo da solo / sola / solø e avevo tutto quello che mi serviva per prendermi cura di me stesso / stessa / stesse
- Vivo da solo / sola / solø e avevo bisogno di più aiuto rispetto a quello ricevuto
- Vivo con qualcuno che si è preso cura di me
- Vivo con qualcuno e avevo bisogno di più aiuto rispetto a quello ricevuto
- Altro

Se era in isolamento, sia all'interno dello stesso domicilio sia in una

diversa abitazione, quale di queste affermazioni descrive meglio la sua esperienza?

Consideri l'espressione 'ricongiungersi' con il significato di aver ricominciato a vivere di nuovo con altre persone, non soltanto fare visita o socializzare con altri.

- Non ero in isolamento/Ho vissuto con altri per tutta la durata della malattia
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 1^a e la 3^a settimana e queste persone sono state contagiate (probabilmente da me)
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 1^a e la 3^a settimana e queste persone NON sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 4^a e la 6^a settimana e queste persone sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 4^a e la 6^a settimana e queste persone NON sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri dopo la 6^a settimana e queste persone sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri dopo la 6^a settimana e queste persone NON sono state contagiate
- Sono attualmente in isolamento//Non mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri
- Non applicabile/pertinente

Possiede animali domestici a casa? *

- Sì
- No

Se sì, indichi quali: *

- Gatti

- Cani
- Roditori
- Altri

Riguardo l'assistenza medica che ha ricevuto durante la pandemia di COVID-19: *

- Ritengo di aver ricevuto cure appropriate
- Ritengo di aver ricevuto cure appena oltre la sufficienza
- Ritengo di aver ricevuto cure insufficienti o inappropriate
- Non ho avuto bisogno di assistenza medica

Riguardo la sua situazione finanziaria durante la pandemia di COVID-19 (sceglia tutte le opzioni pertinenti): *

- Ho perso il lavoro/Non ho potuto lavorare in quanto libero professionista
- Non ho potuto affrontare le spese strettamente necessarie, come per il cibo e l'affitto
- Ho avuto difficoltà economiche ma sono riuscito / riuscita / riuscita a tirare avanti
- Non ho avuto difficoltà economiche

(Opzionale) Ritengo che il governo e le istituzioni pubbliche a tutela della salute abbiano gestito la pandemia di COVID-19 nel miglior modo possibile al netto delle loro possibilità.

- Molto d'accordo
- D'accordo

- Più o meno d'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- Più o meno in disaccordo
- In disaccordo
- Fortemente in disaccordo

Se ha figli, si sono ammalati di COVID (anche presunta) per più di 3 settimane?

- Non ho figli
- I miei figli non si sono ammalati
- I miei figli si sono ammalati ma sono guariti entro 3 settimane
- Almeno uno dei miei figli si è ammalato per più di 3 settimane, e almeno uno è guarito entro 3 settimane
- Tutti i miei figli si sono ammalati per più di 3 settimane

Work

Aveva un lavoro prima del COVID?

- Sì, full-time
- Sì, part-time
- Sono un libero professionista, full-time
- Sono un libero professionista, part-time
- No

Ha o ha avuto bisogno di richiedere un periodo di malattia o una riduzione delle ore lavorative a causa di sintomi o problematiche persistenti?

- Sì, ho avuto bisogno di una riduzione delle ore lavorative (lavoro in presenza).
- Sì, ho avuto bisogno di una riduzione delle ore lavorative (lavoro da remoto).
- Sì, ho dovuto lasciare il lavoro // Sono stato licenziato / stata licenziata / state licenziate
- No, sono/ero in grado di lavorare normalmente
- Altro (descrive la situazione)

Other Medical Diagnostics

Si è sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami diagnostici per i sintomi fisici da COVID-19? (Radiografie, ultrasuoni, elettrocardiogramma)

- Sì
- No

Ha portato a termine uno dei seguenti esami diagnostici? Nota: Se un test è stato effettuato più volte, inserisca "Anomalo" se ha ricevuto un risultato anomalo almeno una volta.

	Non sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami diagnostici	Sì - normale	Sì - anomalo
Risonanza magnetica - cervello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risonanza magnetica - torace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TAC - torace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TAC - cervello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TAC - addome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Non sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami diagnostici	Sì - normale	Sì - anomalo
TAC - angiogramma polmonare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raggi X - torace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntura lombare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecografia a ultrasuoni - gamba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecografia a ultrasuoni - cuore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Non sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami diagnostici	Sì - normale	Sì - anomalo
Ecografia a ultrasuoni - addome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elettrocardiogramma (cuore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elettroencefalogramma (cervello)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elettromiografia (muscoli, nervi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro			
<input style="width: 280px; height: 30px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Non sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami diagnostici	Sì - normale	Sì - anomalo

Se la risonanza magnetica o la TAC al cervello, o l'elettroencefalogramma presentavano anomalie, descriva qui i risultati.

Se la risonanza magnetica o la TAC al torace, o i raggi X al torace presentavano anomalie, descriva qui i risultati.

Se la puntura lombare presentava anomalie, descriva qui i risultati.

Se l'elettromiografia presentava anomalie, descriva qui i risultati.

Se altri esami diagnostici sopraelencati presentavano anomalie, descriva qui i risultati.

Se ha effettuato altri esami che presentavano anomalie, descriva qui i

risultati.

Diagnosics Blood Tests

Si è sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami del sangue diagnostici per i suoi sintomi da COVID-19? (ad es. CBC)

- Sì
- No

Quali erano i risultati dei suoi esami del sangue per i seguenti valori? Se vi erano anomalie che poi si sono risolte, per favore includa i valori anomali.

	Non sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami del sangue	Normale	Anomalo, alto	Anomalo, basso	Non so/non riesco a trovare i risultati	Non vi sott agli sa mi ho
Creatinina (solitamente fa parte del pannello metabolico di base)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Conteggio dei linfociti (solitamente fa parte dell'emocromo, emocromo completo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Conteggio degli eosinofili (solitamente fa parte dell'emocromo - CBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Eosinofili % (solitamente fa parte dell'emocromo - CBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Test di funzionalità del pannello epatico e del fegato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Non sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami del sangue	Normale	Anomalo, alto	Anomalo, basso	Non so/non riesco a trovare i risultati	A voi sott agli sa mi ho
D-dimero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Proteina C-Reattiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
VES (tasso di sedimentazione)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fibrinogeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Per ogni valore anomalo, descriva ulteriormente i risultati

Elenchi altri esami del sangue anomali. (Scriva ogni esame anomalo in una nuova riga).

Si è sottoposto / sottoposta / sottoposte ad esami diagnostici per queste patologie da quando ha contratto la COVID-19?

	Non sottoposto / sottoposta / sottoposte a esami	Negativo	Attuale/recente infezione (compresa nel lasso di tempo della malattia COVID-19)	Infezione passata
Epstein-Barr (mononucleosi infettiva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malattia di 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"/>

Ha ricevuto una delle seguenti diagnosi per i suoi sintomi? Selezioni tutto ciò che è pertinente.

- Sindrome di Guillain-Barre
- Neuropatia delle Piccole Fibre (NPF)
- Neuropatia autonoma
- Polineuropatia
- Nevralgia (indichi il tipo nella casella di testo)
- Sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi (APS), indotta da virus o autoimmune
- Sarcoidosi

- Ictus (indichi il tipo nella casella di testo)
- Lesioni demielinizzanti
- Sindrome da tachicardia posturale ortostatica (POTS)
- Encefalopatia
- Encefalopatia (indichi il tipo nella casella di testo)
- Meningoencefalite
- Meningite
- Encefalomielite acuta disseminata (ADEM)
- Mielite acuta
- Oftalmoparesi
- Diagnosi psichiatrica
- Emicrania
- Neuropatie periferiche motorie o craniche
- Sindrome da encefalopatia posteriore reversibile (PRES)
- Miastenia
- Microangiopatia trombotica
- Sindrome di Tapia
- Epilessia
- Lesione cerebrale traumatica (TBI, o trauma cranico-cerebrale) o sintomi simili
- Encefalomielite mialgica/Sindrome da fatica cronica (ME/CFS)
- Coinvolgimento del nervo cranico
- Foro maculare
- Costocondrite
- Coaguli di sangue
- Miocardite

Descriva per favore qualsiasi altra diagnosi ricevuta (se più di una, scriva

ogni diagnosi su una nuova riga e clicchi "invio" alla fine di ogni diagnosi.)

Treatments

Ha provato qualsiasi delle seguenti cure per i suoi sintomi da COVID-19, e se sì quanto le sono state d'aiuto? (Selezioni ogni risposta pertinente)

Sono incluse prescrizioni mediche o farmaci da banco, farmaci o cure alternative.

	Non provato questa cura	Leggermente utile	Significativamente utile	Inutile	Non so
Opzioni di trattamento non farmacologico					
Elettroliti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmi di gestione del dolore cronico (che regolano la quantità di attività svolta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aggiungere sale a cibi e bevande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abbigliamento a compressione (calze, leggings)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agopuntura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massaggio linfatico					

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antistaminici					
Antistaminici di tipo H1 (difenidramina, acrivastina e cetirizina, come benadryl, zyrtec, claritin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antistaminici di tipo H2 (cimetidina, famotidina, come il Pepcid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis					
Prodotti CBD/THC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prodotti CDB (cannabidiolo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steroidi					
Prednisone e Desametasone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulanti					
Cardioaspirin, o Aspirinetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulanti per via orale diretta, Rivaroxaban (Xarelto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Warfarina (Coumadin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antinfiammatori					
Curcumina (presente nella curcuma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omega 3 / DHA / EPA (olio di pesce)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trattamenti per il sistema immunitario					
Gammaglobuline per uso endovenoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plasma iperimmune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmaci anti virali					
Remdesivir (Veklury)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antibiotici Azitromicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trattamenti per la malaria Cloroquina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idrossicloroquina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiossidanti Acido ossalacetico, o ossalacetato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidolorifici da banco Non FANS (Tylenol, paracetamolo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FANS (Ibuprofene, Naproxen, Aspirina per adulti [dose completa])	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Descriva per favore qualsiasi altro farmaco o trattamento, o qualsiasi altra cosa che abbia significativamente migliorato i suoi sintomi. (Per favore scriva ogni farmaco o trattamento su una nuova riga e clicchi "invio" dopo ognuno di essi).

Overall COVID Experience Text Write In

Opzionale: Usi questo spazio per descrivere qualsiasi cosa che desidera comunicare agli altri riguardo alla sua esperienza della malattia (COVID-

19), o qualsiasi elemento che non sia stato nominato nelle precedenti sezioni del questionario. Per favore NON includa informazioni personali (come nome e residenza).

Ha raggiunto la fine del questionario!

Si prenda un momento per ricontrollare le informazioni inserite. Una volta sicuro / sicura / sicure delle sue risposte *clicchi "Avanti"/"Next" per inviarle.*

Una volta inviato, non potrà tornare indietro a modificare le informazioni.
La ringraziamo per il suo tempo e la sua energia!

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

[Powered by Qualtrics](#)