

Português Brasileiro

## Information needed

Você pode achar útil ter os itens abaixo prontos ao preencher a pesquisa. *Se você não tiver estes itens, favor preencher com a informação mais acurada possível.*

<p><b>Resultados dos testes</b></p>	<p><i>Datas, tipo (PCR, anti-corpo) e resultados dos testes <u>Caso não lembre as datas exatas, uma estimativa é suficiente. Caso tenha resultados de testes de anti-corpo, perguntaremos sobre o fabricante. No entanto, esta informação não é essencial.</u></i></p>
<p><b>Momento e gravidade dos sintomas</b></p>	<p><i>Seu registro de sintomas <u>Você será solicitado a escolher os sintomas que apresentou <b>ao longo das primeiras 4 semanas</b>, e ao longo dos quatro meses subsequentes, <b>até o mês 7.</b></u></i></p>
<p><b>Outros testes diagnósticos</b></p>	<p><i>Os resultados de seus testes médicos <u>Serão feitas várias perguntas sobre testes médicos para os sintomas físicos do COVID-19 (exames de sangue, ressonância magnética / tomografia computadorizada / raios-X, ultrassom, ECGs).</u> Se você não tem esses testes, tudo bem.</i></p>

## Take a Break

Lembre-se de que, a qualquer momento, você pode interromper e retomar esta pesquisa posteriormente. Seu progresso será salvo por **duas semanas**.

### Para retornar à pesquisa:

**Salve o link que está em seu navegador para continuar com a pesquisa mais tarde. Não preencha a pesquisa no modo privado / anônimo. Não limpe os cookies do seu navegador.**

-  
Recomendamos fazer pausas, especialmente se você estiver apresentando sintomas, a fim de limitar o esforço mental.

## Demographics

Qual o seu país de residência atualmente? \*

Em que cidade você mora? Favor incluir o estado, se aplicável.(i.e. Rio de Janeiro, RJ) \*

Em que tipo de área você mora? \*

Suburbana

- Urbana
- Rural

Em que faixa etária você se enquadra? \*

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

Qual é o seu gênero? \*

- Feminino/Mulher
- Masculino/Homem
- Não binário/Gênero-queer/Não conforme de gênero
- Prefiro não responder
- Outros

Seu gênero corresponde ao seu gênero atribuído ao nascer? \*

- Sim
- Não

Se aplicável, você está grávida? \*

- Sim
- Não
- N/A

Se aplicável, você está em um período de seis meses ou menos após o parto? \*

- Sim
- Não
- N/A

Se aplicável, você tem regras/ciclo menstrual? \*

- Sim
- Não, pós-menopausa
- Não, outra razão
- N/A

Qual dos seguintes descreve melhor sua ascendência? Selecione todas as que se aplicam. \*

- Asiática, Asiática do Sul, Sudeste Asiático
- Negra
- Branca
- Hispânica, latina ou de origem hispânica
- Povos Indígenas
- Ilhas do Pacífico
- Oriente Médio, Norte da África

- Prefiro não responder
- Outras

Qual era sua renda anual domiciliar imediatamente **ANTES DA COVID-19?** \*

- R\$0 - R\$10,000
- R\$10,001 - R\$40,000
- R\$40,001 - R\$85,000
- R\$85,001 - R\$150,000
- >R\$150,000
- Prefiro não responder

Qual é sua renda anual familiar agora, **APÓS COVID-19?** \*

- R\$0 - R\$10,000
- R\$10,001 - R\$40,000
- R\$40,001 - R\$85,000
- R\$85,001 - R\$150,000
- >R\$150,000
- Prefiro não responder

Qual era sua renda anual domiciliar imediatamente **ANTES DA COVID-19?** \*

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

- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Prefiro não responder

Qual é sua renda anual familiar agora, **APÓS COVID-19?** \*

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Prefiro não responder

Qual é sua renda anual familiar, **ANTES DA COVID-19?** \*

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Prefiro não responder

Qual é sua renda anual familiar, **APÓS COVID-19?** \*

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP

Prefiro não responder

Qual é sua renda anual familiar, **ANTES DA COVID-19?** \*

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Prefiro não responder

Qual é sua renda anual familiar, **APÓS COVID-19?** \*

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Prefiro não responder

Qual é seu mais alto nível de educação alcançado? \*

- Parte do ensino médio ou menos
- Diploma de ensino médio
- Cursando ensino superior
- Diploma de ensino superior

Você é um profissional da saúde? \*

- Sim  
 Não

Como você chegou a esta pesquisa? \*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grupo Body Politic no Slack                | <input type="checkbox"/> Instagram   |
| <input type="checkbox"/> Grupo Long Haul COVID Fighters no Facebook | <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar compartilhou comigo                                      |
| <input type="checkbox"/> Grupo Long Covid Support no Facebook       | <input type="checkbox"/> Pesquisa orientada ao paciente através de mala direta                   |
| <input type="checkbox"/> Outro grupo de apoio Facebook              | <input type="checkbox"/> Mídia (artigo, jornal, blog)  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Outros  |
| <input type="checkbox"/> Twitter                                    | <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |

## Background Section

Quando começaram seus sintomas? \*

	Mês	Dia	Ano
Por favor, seleccione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Você ainda está tendo sintomas? \*

- Sim  
 Não



## Recovered - Total Days

Quantos dias no total você sentiu os sintomas? \*

## Lifestyle & Pre-existing Conditions

Você apresentou alguma destas condições / diagnósticos **pre-existent**s ou experimentou algum dos seguintes pré-COVID?

- Alergias a comida
- Alergias ambientais (poeira, mofo)
- Alergias Químicas
- Alergias Sazonais
- Alergias de origem desconhecida
- Outras alergias
- Insônia
- Sonhos lúcidos (sonhos em que você está ciente de que está sonhando ou tem algum controle sobre o que sonha)
- Pesadelos
- Sonhos vívidos
- Suor noturno
- Apnéia do sono
- Doença de refluxo ácido
- Doença celíaca
- Doença de Crohn
- Colite ulcerativa
- Síndrome do intestino irritável (IBS)

- Outros problemas gastro-intestinais
- Asma
- DPOC
- Tuberculose
- Eczema
- Condições virais da pele (feridas, herpes, verrugas, molusco)
- Demência
- Convulsões / epilepsia
- Enxaqueca
- Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)
- Mal de Parkinson
- Esclerose múltipla
- Neuropatia periférica
- Doença Cardíaca Coronariana
- Insuficiência cardíaca
- Hipertensão (pressão alta)
- Hipotensão (pressão arterial baixa)
- História de coagulação
- História de derrames
- Colesterol alto / hiperlipidemia
- Prolapso da válvula mitral
- Anemia
- Autismo
- Condições autoimunes / reumatológicas
- Câncer (todos os tipos)
- Doença renal crônica
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Síndrome de Ehlers-Danlos (EDS)
- Endometriose
- Fibromialgia

- Deficiência seletiva de IgA
- Cistite intersticial (síndrome da dor na bexiga)
- Hepatite (A / B / C)
- HIV
- Síndrome de ativação de mastócitos
- Encefalomielite miálgica / Síndrome de fadiga crônica (EM / CFS)
- Obesidade
- Síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS)
- Infecções bacterianas recorrentes
- Infecções virais recorrentes
- Síndrome da perna inquietada
- TMJ (disfunção da articulação temporomandibular)
- Vertigem
- Visão: miopia / hipermetropia
- Deficiência de vitamina D
- Nenhuma das opções acima**

Indique outras doenças / diagnósticos pré-existentes não listados aqui. Se forem múltiplos, separe-os com uma vírgula. Liste apenas as condições, sem descrições ou explicações.

Alguma das suas doenças pré-existentes mudou durante o curso dos seus sintomas COVID19?

- Sim, elas pioraram.
- Sim, elas melhoraram.

- Algumas melhoraram, algumas permaneceram as mesmas, algumas pioraram (adicione uma explicação nas caixas de texto da página seguinte).
- Não, elas permaneceram as mesmas.
- N / A (não tinha nenhuma condição pré-existente)

Se alguma de suas condições pré-existentes piorou, descreva aqui.  
(opcional)

Se alguma das suas condições pré-existentes melhorar, descreva aqui.  
(opcional)

Qual é o seu tipo sanguíneo? Se você não sabe, selecione 'Não sei'. \*

**Hospitalization**

**Hospitalização**

Consultou médico (s) para os seus sintomas de COVID? Selecione todos que se aplicam. Isso pode incluir consultas presenciais e telemedicina, como ligações. \*

- Médico de medicina alternativa
- Cardiologista
- Dermatologista
- Gastroenterologista
- Hematologista
- Plantonista
- Imunologista / Alergista
- Especialista em doenças infecciosas
- Meu médico de atenção primária / clínico geral
- Neurologista / Neuroimunologista
- Obstetra-Ginecologista
- Psiquiatra
- Pneumologista
- Reumatologista
- Outros
- Eu não vi nenhum médico

Voce foi hospitalizado? \*

- sim
- Não
- Visitei o pronto-socorro / atendimento de urgência, mas não fui admitido / não passei a noite em um hospital

Se sim: por quanto tempo você ficou hospitalizado? [Número de dias] \*

Você recebeu suporte de oxigênio no hospital? \*

- Sim, cânula nasal
- Sim eu estava entubado
- Não
- Não fui hospitalizado
- Outros

(Opcional) Se desejar, descreva sua experiência com atendimento médico.

## COVID-19 Testing

Você foi testado para COVID-19 usando um teste de cotonete? (Esta pergunta não se refere aos testes de anticorpos. Estes serão abordados em uma seção separada da pesquisa.) \*

- Sim, fui testado pelo menos uma vez.
- Não, tentei fazer o teste, mas não consegui.
- Não, não tentei fazer o teste.

Quantas vezes você foi testado (teste de cotonete) \*

- 1
- 2
- 3
- Outros

Em que data você foi testado(a) pela **primeira** vez? (se você não se lembra da data exata, insira uma estimativa) \*

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

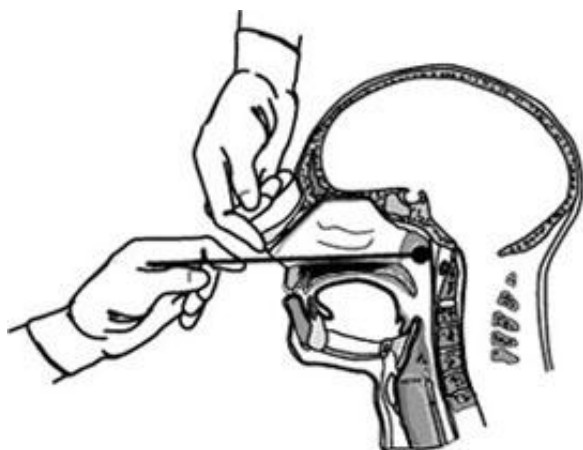
Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Qual foi o seu tipo de **primeiro** teste de COVID-19?

- Nasal (secreções nasais das narinas, sem avançar para a parte posterior do nariz e garganta)

- Nasofaríngea (secreções nasais do final das narinas, movendo-se para a cavidade na parte posterior do nariz e garganta)



- Garganta  
 Outro

Qual foi o resultado do seu teste? \*

- Positivo  
 Negativo  
 Inconclusivo/esperando pelos resultados

Quando você foi testado(a) pela **segunda** vez?(se você não se lembra da data exata, insira uma estimativa) \*

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

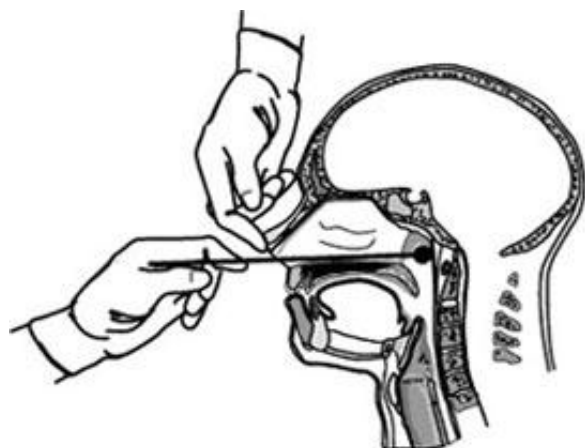
Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa



Qual foi o seu tipo de **primeiro** teste de COVID-19?

- Nasal (secreções nasais das narinas, sem avançar para a parte posterior do nariz e garganta)
- Nasofaríngea (secreções nasais do final das narinas, movendo-se para a cavidade na parte posterior do nariz e garganta)



- Garganta
- Outro

Qual foi o resultado do seu teste? \*

- Positivo
- Negativo
- Inconclusivo/esperando pelos resultados

Quando você foi testado(a) pela **terceira** vez?(se você não se lembra da data exata, insira uma estimativa) \*

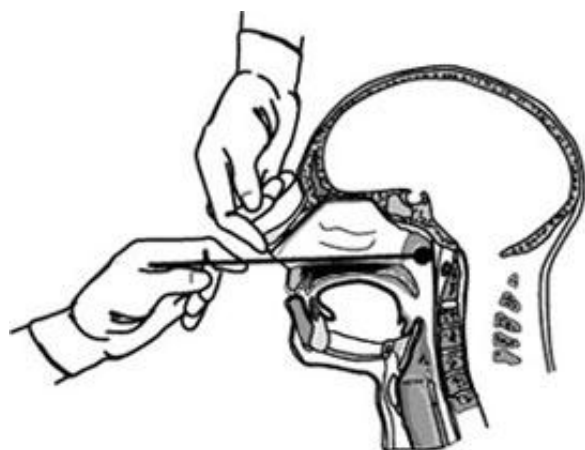
	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Esta foi uma data estimada?

Esta foi uma estimativa

Qual foi o seu tipo de **primeiro** teste de COVID-19?

- Nasal (secreções nasais das narinas, sem avançar para a parte posterior do nariz e garganta)
- Nasofaríngea (secreções nasais do final das narinas, movendo-se para a cavidade na parte posterior do nariz e garganta)



- Garganta
- Outro

Qual foi o resultado do seu teste? \*

- Positivo
- Negativo
- Inconclusivo/esperando pelos resultados

Se você fez outros testes, liste-os aqui. Coloque cada teste em uma nova linha com o tipo, data e status separados por uma vírgula. Por exemplo: Nasofaríngeo, 4-1-20, Positivo. Se você não se lembra da data exata, por favor insira a data mais próxima possível

## Antibody Testing

Você recebeu um teste de anticorpos? \*

- Sim, fui testado pelo menos uma vez para anticorpos
- Não, eu NÃO fui testado para anticorpos

Quantas vezes você foi testado para anticorpos? \*

Qual foi o resultado do seu teste de anticorpos? \*

- Testei positivo para ambos os anticorpos (IgG e IgM)
- Eu só testei positivo para anticorpos IgM
- Eu só testei positivo para anticorpos IgG

- Não sei o tipo de anticorpos, mas testei positivo.
- Testei negativo para anticorpos

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor para IgM?

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor para IgG?

Qual foi o tipo de teste? \*

- Sangue
- Picada de dedo

Insira a data do teste de anticorpos (se você não se lembrar da data exata, insira uma estimativa). \*

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

Esta foi uma data estimada?

Esta foi uma estimativa

Quem foi o fabricante do teste? (Selecione apenas o fabricante específico se tiver certeza. Caso contrário, selecione "Não sei".) \*

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <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"/> Não sei                           |
| <input type="radio"/> EuroImmuno |   |

Você tem outro teste de anticorpos para relatar? \*

- Sim  
 Não

Qual foi o resultado do seu teste de anticorpos? \*

- Testei positivo para ambos os anticorpos (IgG e IgM)  
 Eu só testei positivo para anticorpos IgM  
 Eu só testei positivo para anticorpos IgG  
 Não sei o tipo de anticorpos, mas testei positivo.  
 Eu testei negativo para anticorpos

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgM? \*

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgG? \*

Qual foi o tipo de teste? \*

- Sangue
- Picada de dedo

Insira a data do teste de anticorpos (se você não se lembrar da data exata, insira uma estimativa). \*

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Quem foi o fabricante do teste? (Selecione apenas o fabricante específico se tiver certeza. Caso contrário, selecione "Não sei".) \*

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <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"/> Não sei                           |
| <input type="radio"/> EuroImmune |   |

Você tem outro teste de anticorpos para relatar? \*

- Sim  
 Não

Qual foi o resultado do seu teste de anticorpos? \*

- Testei positivo para ambos os anticorpos (IgG e IgM)  
 Eu só testei positivo para anticorpos IgM  
 Eu só testei positivo para anticorpos IgG  
 Não sei o tipo de anticorpos, mas testei positivo.  
 Eu testei negativo para anticorpos

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgM? \*

Se você testou positivo e seu teste incluiu um valor de título, qual foi o valor (em mg/dL) para IgG? \*



Qual foi o tipo de teste? \*

- Sangue  
 Picada de dedo

Insira a data do teste de anticorpos (se você não se lembrar da data exata, insira uma estimativa). \*

	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Quem foi o fabricante do teste? (Selecione apenas o fabricante específico se tiver certeza. Caso contrário, selecione "Não sei".) \*

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <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"/> Não sei                           |
| <input type="radio"/> EuroImmun |   |



## Symptoms

### Sintomas de memória

Você experenciou algum **SINTOMA RELACIONAOD A MEMÓRIA** desde o início da sua doença de COVID-19? \*

- Sim  
 Não

Quais dos seguintes sintomas de memória você experimentou desde o início de sua COVID-19? \*

- Perda de memória de curto prazo (memória que dura cerca de 30 segundos, ou seja, lembrar um número de telefone antes de anotá-lo ou esquecer que está no meio de uma tarefa)
- Perda de memória de longo prazo (memória de longo prazo pode ser qualquer coisa, desde lembrar ontem, esquecer que você fez uma tarefa, esquecer informações recentemente aprendidas ou esquecer sua experiência de terceiro ano)
- Não sendo capaz de fazer novas memórias
- Esquecer como fazer tarefas rotineiras (amarrar os cadarços, lavar as mãos)
- Nenhuma das acima
- Outros

Quando você sentiu esses sintomas? \*

Marque os sintomas para os(as) primeiros(as) **4 semanas**, então **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado esses sintomas apenas parte da semana ou do mês, selecione-o.

	<b>Semana</b> <b>1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês</b> <b>2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	
Sintomas de memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

Você teve problemas com **CONFUSÃO MENTAL** (incapacidade de focar, pensar com clareza, planejar, processar, compreender e manter um fluxo coerente de pensamento; pensamentos anormalmente lentos ou rápidos) desde o início da sua doença de COVID-19? \*

- Sim  
 Não

Quais dos seguintes sintomas de neblina cerebral / funcionamento cognitivo você experimentou desde o início de sua doença COVID-19? \*

- Dificuldade com o funcionamento executivo (planejamento, organização, descobrir a sequência de ações, abstração)
- Agnosia (falha em reconhecer ou identificar objetos apesar do funcionamento sensorial intacto)
- Dificuldade em resolver problemas ou tomar decisões
- Dificuldade em pensar

- Pensamentos se movendo muito rápido
- Pensamentos atrasados
- Pouca atenção ou concentração
- Eu NÃO tive nenhum sintoma de névoa cerebral
- Outros

Quando você sentiu esses sintomas? \*

Marque os sintomas para os(as) primeiros(as) **4 semanas**, então **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado esses sintomas apenas parte da semana ou do mês, selecione-o.

	<b>Semana</b> <b>1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês</b> <b>2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Brain fog/cognitive functioning symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Você se sentiu significativamente limitado ou incapaz de fazer qualquer um dos seguintes devido a **PERDA DE MEMÓRIA OU CONFUSÃO MENTAL** (incluindo problemas com atenção, funcionamento cognitivo e consciência) especificamente? \*

	Severamente incapaz	Moderadamente incapaz	Moderadamente incapaz
Dirigir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assistir crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cozinhar ou usar pratos quentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar banho ou tomar banho regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Severamente incapaz	Moderadamente incapaz	Moderadamente incapaz
Tomar decisões sérias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sair de casa e voltar sem se perder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lembrar-se do mês ou ano correto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversar com outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manter sua programação de medicação (esquecer de tomar a medicação ou esquecer que tomou a medicação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Severamente incapaz	Moderadamente incapaz	Moderadamente incapaz
Trabalhar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguir instruções simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicar seus pensamentos e necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros			
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Severamente incapaz	Moderadamente incapaz	Moderadamente incapaz

Opcional: se você tiver outras áreas de sua vida que foram afetadas pela perda de memória ou névoa do cérebro, inclua-as aqui. Observe

se eles foram moderadamente, moderadamente ou severamente limitantes.

Opcional: use este espaço para descrever exemplos de sua confusão mental, perda de memória e capacidade de atenção.

Não inclua nenhuma informação de identificação (como nome ou endereço).

## Emotional/Behavioral Changes

### Mudanças emocionais e comportamentais

Em comparação com como você se sentia antes da COVID, você experimentou um aumento em qualquer um dos seguintes? \*

- Dificuldade em controlar suas emoções
- Falta de inibição (dificuldade em controlar seu comportamento)

- Irritabilidade
- Raiva
- Impulsividade (agindo por capricho, sem autocontrole)
- Agressão
- Euforia (um sentimento ou estado de intensa excitação e felicidade)
- Delírios
- Depressão
- Apatia (falta de sentimento, emoção, interesse ou preocupação)
- Suicídio
- Mudanças de humor
- Ansiedade
- Mania (humor anormalmente elevado / animado, diminuição da necessidade de sono, ocasionalmente com delírios)
- Hipomania (uma forma mais branda de mania)
- Choro
- Sentimento de desgraça
- Nenhuma das acima
- Outros

Opcional: use este espaço para descrever exemplos de suas mudanças emocionais durante sua doença.

Não inclua nenhuma informação de identificação (nome, localização, etc.).

Opcional: se você teve alguma dessas experiências emocionais **pre-COVID**, por favor descreva como eles diferiram **pos-COVID**.

Não inclua nenhuma informação de identificação (nome, localização, etc.).

## Speech and Other Language Issues

### Questões referentes a fala e linguagem

Você teve algum problema de **FALA E LÍNGUA** desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Sim
- Não

Quais dos seguintes sintomas de fala e linguagem você experimentou desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Dificuldade para encontrar as palavras certas ao falar/escrever
- Dificuldade em comunicar verbalmente
- Dificuldade em falar através de frases completas
- Falar enunciando palavras irreconhecíveis

- Dificuldade em comunicar-se por escrito
- Dificuldade em processar/compreender o que os outros dizem
- Dificuldade em ler/processar textos escritos
- (Se aplicável) Mudanças em suas habilidades linguísticas não-primárias (segundo/terceiro idioma)
- Nenhuma das alternativas acima
- Outros

Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	<b>Semana</b> <b>1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês</b> <b>2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Questões referentes a fala e linguagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você fala várias línguas? \*

- Sim
- Não

Opcional: Por favor, use este espaço para descrever exemplos de seus problemas com a linguagem, incluindo fala, escrita, leitura e audição



de palavras. Favor incluir quaisquer mudanças em sua fala/uso de idioma que não tenham sido mencionadas acima. Por exemplo, se você fala vários idiomas e notou problemas diferentes com seu idioma primário e não-primário.

## Headaches

### Dores de cabeça

Você experimentou algum tipo novo de **DORES DE CABEÇA OU PROBLEMAS RELACIONADOS** desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Sim
- Não

Quais dos sintomas descritos abaixo você já experimentou desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Dores de cabeça, na base do crânio
- Dores de cabeça, nas têmporas
- Dores de cabeça, atrás dos olhos
- Dores de cabeça, atrás dos olhos
- Dores de cabeça / dor após esforço mental

- Dores de cabeça, outras
- Sensação de calor do cérebro / "em chamas"
- Sensação de pressão cerebral
- Enxaqueca
- Torcicolo
- Nenhuma das acima

Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Dores de cabeça e sintomas relacionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sense of Smell and Taste

### Sentido do olfato e paladar

Você já experimentou alguma mudança em seu **OLFATO OU PALADAR** desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Sim
- Não

Quais dos sintomas descritos abaixo você já experimentou desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Perda de cheiro
- Cheiro fantasma (cheiros imaginários / alucinantes - cheirar coisas que não existem)
- Sentido de olfato aguçado
- Sentido de olfato alterado
- Perda de sabor
- Gosto fantasma (imaginando / alucinando sabores - saboreando coisas quando não há nada em sua boca)
- Sentido de paladar aguçado
- Sentido de gosto alterado
- Nenhuma das acima

Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	<b>Semana</b> <b>1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês</b> <b>2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Mudanças no olfato e no paladar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você tinha gostos fantasmas, descreva-os:

Se você tinha cheiros fantasmas, descreva-os:

## Tremors and Vibrating Sensations

### Tremores e sensações de vibração

Você experimentou algum **TREMOR OU SENÇÃO DE VIBRAÇÃO** desde que adoeceu com Covid-19? \*

**Tremor:** Contração muscular rítmica involuntária, levando a movimentos de agitação em uma ou mais partes do corpo

**Sensações de vibração:** Uma sensação de zumbido, quando você sente que seus músculos, dedos ou pernas estão vibrando ou tremendo por dentro, mas você não vê o movimento

Sim

Não

Quais dos sintomas descritos abaixo você já experimentou desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Tremores
- Sensações de vibração

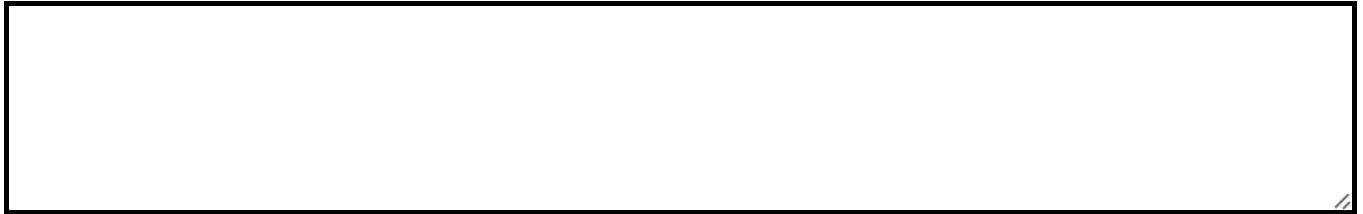
Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensações de vibração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Use este espaço para descrever exemplos de seus tremores ou vibrações / tremores corporais durante sua doença.

Não inclua nenhuma informação de identificação (como nome ou local).



## Sleeping issues

### Problemas para dormir

Você experimentou algum **PROBLEMA PARA DORMIR** desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Sim
- Não

Quais dos sintomas descritos abaixo você já experimentou desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Sonhos lúcidos (sonhos em que você tem consciência de que está sonhando ou tem algum controle sobre o que sonha)
- Sonhos vívidos
- Pesadelos
- Insônia
- Suor noturno
- Síndrome da perna inquietada
- Despertado sentindo que não conseguia respirar
- Apnéia do sono

Outros

Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	N / A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Insônia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnéia do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos os outros sintomas do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você tem / teve insônia, o que melhor descreve o tipo de insônia? \*

- Dificuldade em adormecer
- Acordar de manhã cedo
- Acordar várias vezes durante a noite
- Nenhuma das acima

O que está causando / causou sua insônia? \*

- Dor
- Sensibilidade à luz / ruído externo
- Outro desconforto físico
- Ansiedade / depressão / pensamentos acelerados
- Dificuldade ao respirar
- Uma sensação de adrenalina / energia
- Uma sensação de que o vírus estava me mantendo acordado
- Outros

## Hallucinations

## Alucinações

Você experimentou alguma **ALUCINAÇÃO** (visual, auditiva ou tátil) desde que adoeceu com Covid-19? \*

- Sim
- Não

Quais das seguintes alucinações você teve desde que adoeceu com COVID-19? \*

- Alucinações visuais (vendo)
- Alucinações auditivas (audição)
- Alucinações táteis (toque)
- Alucinações, outras



Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Alucinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations**

**Fraqueza, dormência, formigamento, frio e outras sensações**

Qual das seguintes **SINTOMAS DE SENSAÇÃO NEUROLÓGICA** você teve desde o início da sua doença de COVID-19, se houver? \*

Plespecifique a localização em seu corpo na caixa de texto. Se houver vários locais, separe-os com uma vírgula (por exemplo, mão, perna, pé).

- Sensações na pele: queimação, formigamento ou coceira sem erupção
- Dormência / perda de sensação
- Dormência / fraqueza em apenas um lado do corpo

- Frieza
- Sensação de formigamento / formigamento / alfinetes e agulhas
- Zaps elétricos / sensação de choque elétrico
- Paralisia facial (indique onde o rosto estava paralisado)
- Sensação de pressão / dormência facial, lado esquerdo
- Sensação de pressão / dormência facial, lado direito
- Sensação de pressão / dormência facial, outro:
- Fraqueza
- Nenhuma das acima

Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras 4 semanas, then meses (se aplicável). Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Todas as sensações neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Temperature Issues

### Problemas de temperatura

Você experienciou algum **PROBLEMA DE TEMPERATURA** (incluindo intolerância ao calor, calafrios, temperatura alta / baixa) desde que adoeceu com COVID-19? \*

- Sim
- Não

Você experimentou algum dos seguintes **PROBLEMAS DE TEMPERATURA** desde que adoeceu com COVID-19? \*

- Labilidade de temperatura (oscilações rápidas dentro e fora da febre ou temperatura elevada)
- Intolerância ao calor
- Outros problemas de temperatura (não listados acima ou abaixo)

Se você experimentou algum dos seguintes problemas de temperatura, quando sentiu os seguintes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor,

selecione a opção.

	N/A	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Temperatura elevada (98,8-100,4 graus Fahrenheit, 37,1-37,9 Celsius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febre (100,4 graus Fahrenheit / 38 graus Celsius ou superior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura baixa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calafrios / rubor / suores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos os outros problemas de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você teve uma temperatura baixa, qual foi a sua temperatura mais baixa? Insira apenas o número.

Se você teve uma temperatura alta, qual foi a sua temperatura mais alta? Insira apenas o número.



## Cardiovascular Symptoms

### Sintomas cardiovasculares

Quando você experimentou estes sintomas? \*

Por favor, assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você tenha experimentado estes sintomas por menos de uma semana ou de um mês, por favor, selecione a opção.

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Taquicardia (frequência cardíaca alta, > 90 batimentos por minuto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradycardia (frequência cardíaca baixa, <60 batimentos por minuto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palpitações cardíacas (sensação ou consciência dos batimentos cardíacos. Sensação de que seu coração está acelerado, batendo forte ou pulando)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão arterial anormalmente alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão sanguínea anormalmente baixa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veias visivelmente inflamadas / salientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos sanguíneos (trombose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você teve taquicardia e foi capaz de medi-la, qual foi a frequência cardíaca máxima (em bpm) que você mediu, **em repouso**?

Se você teve taquicardia e foi capaz de medi-la, qual foi a frequência cardíaca máxima (em bpm) que você mediu, **enquanto ativo** (durante atividade física)?

Se você teve taquicardia e foi capaz de medi-la, sua frequência cardíaca estava mais alta quando estava em pé do que sentado?

- Sim, era mais alto quando eu estava de pé
- Não, era mais alto quando eu estava sentado
- Era quase o mesmo quando estava de pé ou sentado

Se você teve taquicardia e foi capaz de medi-la, quanto sua frequência cardíaca mudou da posição deitada para a de pé na última vez que você mediu? (Em BPM, batimentos por minuto)

## All Other Symptoms - Timecourse

Esta seção tem vários grupos de perguntas sobre vários sintomas / problemas organizados por área do corpo (**Problemas genéricos, problemas gastrointestinais, sintomas respiratórios e sinusais, sintomas de ouvido / audição, sintomas dos olhos, sintomas reprodutivos e urinários, pele e sintomas de alergia e problemas musculares e articulares**)

Você sentiu esses sintomas e quando os sentiu? \*

Selecione os sintomas para as primeiras **4 semanas**, então **meses (se aplicável)**. Mesmo que você só tenha experimentado esses sintomas por parte da semana ou do mês, selecione-o. **Se você não teve nenhum dos sintomas em um conjunto, marque a caixa de seleção (nenhum dos problemas abaixo se aplica a mim) acima do conjunto agrupado.**

## Problemas Genéricos

Nenhum dos sintomas genéricos abaixo se aplica a mim

Quando você experienciou esses sintomas? \*

Marque os sintomas para o primeiro **4 semanas**, then **meses (se aplicável)**. Mesmo que você só tenha experimentado esses sintomas por parte da semana ou do mês, selecione-o.

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4
Tontura / vertigem / instabilidade ou problemas de equilíbrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevralgia (dor nos nervos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões (confirmada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões (suspeita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Episódios de dificuldade para respirar / falta de ar quando sua saturação de oxigênio estava normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Níveis de oxigênio baixos (<94%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Reação anafilática nova / inesperada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Confusão/disorientação aguda (súbita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Fala arrastada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Hiperglicemia / Taxa elevada de açúcar no sangue (se medida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Hipoglicemia / Taxa baixa de açúcar no sangue (se medida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

## Problemas gastrointestinais

Nenhum dos problemas gastrointestinais abaixo se aplicam a mim

## Problemas gastrointestinais

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Constipação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Diarréia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Vômito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

Perda de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Dor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Queimação (azia) na parte superior do abdome / refluxo gastroesofágico / refluxo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

## Sintomas respiratórios e sinusais

Nenhum dos sintomas respiratórios e sinusais abaixo se aplicam a mim

## Sintomas respiratórios e sinusais

	N/A	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mês 2
Tosse seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse com produção de muco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse com sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espirros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz escorrendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor/queimação no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiados ao respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outro



## Sintomas de ouvido e audição

Nenhum dos sintomas de ouvido e audição abaixo se aplicam a mim

## Sintomas de ouvido e audição

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Perda de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros problemas relativos à audição/ouvido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sintomas oculares e visuais

Nenhum dos sintomas oculares e visuais abaixo se aplicam a mim

## Sintomas oculares e visuais

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Sintomas visuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros  
sintomas  
nos  
olhos

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

## Sintomas reprodutivos e urinários

Nenhum dos sintomas reprodutivos e urinários abaixo se aplicam a mim

## Sintomas reprodutivos e urinários

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Todos os aspectos relacionados à menstruação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de controle da bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Pele e sintomas alérgicos

Nenhum dos sintomas de pele ou alérgicos abaixo se aplicam a mim

## Pele e sintomas alérgicos

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>
Pele descamando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Petéquias (pequenas manchas roxas, vermelhas ou marrons na pele, geralmente nos braços, pernas, estômago, nádegas e, ocasionalmente, dentro da boca ou nas pálpebras)

Dedos de COVID (descoloração, inchaço, dedos dos pés doloridos ou com bolhas)

Dermografismo (vermelhidão no local da pele que você coçou/arranhou)

Alergias novas (alimentares, químicas, ambientais etc)

Erupções cutâneas

Outro

## Problemas musculares e articulares

Nenhum dos problemas musculares e articulares abaixo se aplicam a mim

## Problemas musculares e articulares

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor nas articulações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dor nos  
ossos ou  
queimação

## All Other Symptoms - Checkbox

### Todos os outros sintomas

Você experienciou algum desses sintomas desde o início da sua infecção por COVID-19? \*

(Escolha todas as opções que se apliquem)

- Incapacidade de chorar
- Incapacidade de bocejar
- Nódulo na garganta / dificuldade em engolir
- Mudanças na voz
- Tossindo sangue
- Sentindo como se você não fosse real/como se você estivesse se observando de fora do seu corpo (despersonalização)
- Sentindo como se o mundo não fosse real (desrealização)
- Sede extrema
- Nenhuma das opções anteriores

### Ouvido e Audição

- Dor de ouvido
- Alterações no canal auditivo (como pressão, bloqueio, queimação, inchaço)
- Dormência / perda de sensação
- Sensibilidade ao ruído
- Outros sintomas relacionados ao ouvido e à audição

Nenhuma das opções anteriores

## Olhos e Visão

- Sintomas de visão - Visão turva
- Sintomas de visão - Visão dupla
- Sintomas de visão - Sensibilidade à luz
- Sintomas de visão - Visão de túnel
- Sintomas de visão - Perda total de visão
- Pressão ou dor nos olhos
- Olhos rosados (conjuntivite)
- Olhos vermelhos
- Olhos secos
- Vermelhidão na parte externa dos olhos
- Manchas/linhas no campo de visão
- Vendo coisas com sua visão periférica
- Outros problemas nos olhos:
- Nenhum dos anteriores

## Reprodutivo e urinário

- Menopausa precoce
- Sangramento / manchas na pós-menopausa
- Menstruação anormalmente intensa e/ou com coágulos
- Período menstrual anormalmente irregular
- Outros problemas relacionados à menstruação
- 
- Diminuição do tamanho dos testículos / pênis

- Dor nos testículos
- Outros problemas relacionados ao Sêmen/pênis/testículos
- Disfunção sexual (dificuldade em manter a ereção, secura vaginal, dificuldade em ter orgasmo)
- Outros problemas urinários
- Nenhum dos anteriores

## Gastrointestinal

- Sensação de saciedade rapidamente ao comer
- Dor abdominal
- Sensações intestinais hiperativas
- Nenhum dos anteriores

## Pele e Alergias

- Novas alergias (alimentares, químicas, ambientais etc)
- Reação intensificada à alergias antigas
- Coceira na pele
- Coceira nos olhos
- Coceira, outra
- Unha quebradiça/descolorida
- Cobreiro
- Nenhum dos anteriores



## Symptom Course

Quão graves foram/são seus sintomas ao longo de **semanas/meses**? \*

Caso você tenha experienciado severidade diferenciada para os sintomas em determinado período, selecione o mais severo dentro desse período de tempo.

	Nenhum sintoma	Muito leve	Leve	Moderado	Severo	Muito severo
Semana 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mês 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nenhum sintoma	Muito leve	Leve	Moderado	Severo	Muito severo
Mês 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mês 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mês 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mês 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mês 7+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nenhum sintoma	Muito leve	Leve	Moderado	Severo	Muito severo

Qual dessas opções descreve apropriadamente sua experiência com recaídas e o curso geral dos sintomas? Selecione todas as opções que se apliquem: \*

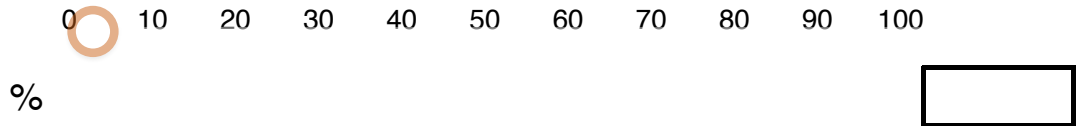
- Eu não tive nenhuma recaída
- Minhas recaídas ocorrem em um padrão regular (mensalmente, diariamente, ou semanalmente).
- Minhas recaídas ocorrem de forma irregular (aleatória).
- Minhas recaídas ocorrem em resposta a um gatilho (estresse, álcool, exercício/esforço etc)
- Minhas recaídas estão ficando mais curtas/fáceis ao longo do tempo.
- Minhas recaídas estão ficando mais longas/difíceis ao longo do tempo.
- A severidade de minhas recaídas tem permanecido a mesma ao longo do tempo.
- No geral, meus sintomas melhoraram lentamente ao longo do tempo.
- No geral, meus sintomas permaneceram os mesmos ao longo do tempo.
- No geral, meus sintomas pioraram lentamente ao longo do tempo.
- Eu piorei rapidamente
- Eu melhorei rapidamente
- Outro

Quais dessas opções é um gatilho para recaída ou piora dos sintomas? Escolha todas as opções que se apliquem: \*

- Estresse
- Álcool
- Cafeína
- Calor
- Menstruação
- Semana anterior à menstruação
- Exercício
- Atividade física
- Atividade mental

Outro

Como você classificaria como se sente hoje, em uma escala de 0-100% (com 100% sendo sua linha de base pré-COVID)?



### Symptom Severity

Descreva pelo menos **três sintomas** que tem sido os mais debilitantes durante sua recuperação.

Em uma escala de 0-10, o quão severo eles tem sido? (0 sendo tudo bem, 10 completamente debilitante).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sintoma 1 *	<input type="radio"/>										
<input type="text"/>											<input type="text"/>
Sintoma 2 *	<input type="radio"/>										
<input type="text"/>											<input type="text"/>
Sintoma 3 *	<input type="radio"/>										
<input type="text"/>											<input type="text"/>

Sintoma 4



Sintoma 5



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

### Mal-estar pós-exercício

*Piora ou recaída dos sintomas após atividade física e / ou mental*

Durante sua recuperação da COVID-19, você experienciou alguma piora ou recaída de seus sintomas depois de atividade física ou mental? \*

- Sim
- Não

Com que intensidade você experimentou piora / recaída de seus sintomas, em média? Por favor, mantenha a barra deslizante em 0 se você não tiver experimentado isso. \*

					Um pouco de					
		Sem mal-estar			mal-estar pós-	Forte mal-estar				
		pós-esforço			esforço	pós-esforço				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Física

Cognitiva

Caso você tenha experienciado uma piora ou recaída após **Atividade Física** quando a piora/recaída dos sintomas acontece? \*

- Imediatamente
- No mesmo dia, algumas horas depois
- No dia seguinte
- Alguns dias depois
- Varia
- Eu não experiencio piora/recaída de sintomas após Atividade Física

Caso você tenha experienciado uma piora ou recaída após **Atividade Cognitiva** quando a piora/recaída dos sintomas acontece? \*

- Imediatamente
- No mesmo dia, algumas horas depois
- No dia seguinte
- Alguns dias depois
- Varia
- Eu não experiencio piora/recaída de sintomas após Atividade Cognitiva

Quanto tempo dura a piora/recaída dos sintomas após Atividade Física ou Cognitiva, geralmente? \*

- Algumas horas
- Alguns dias
- Algumas semanas
- Outra

(Opcional) Explique o que mais você gostaria de compartilhar sobre sua experiência com Mal-estar pós-exercício. Por exemplo, você pode fazer uma lista de atividades que pioram seus sintomas de forma mais forte (caminhada, exercícios extenuantes, ler, assistir filmes etc).

Quando você experienciou estes sintomas? \*

Assinale os sintomas para os primeiras/os **4 semanas**, then **meses (if applicable)**. Mesmo se você tiver experienciado esses sintomas durante uma parte da semana ou do mês, selecione.

	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Worsening/relapses of symptoms from physical and mental exertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fatigue Assessment Scale

## Fadiga

As próximas dez afirmativas se referem a como você se sente no **atual** estágio da sua recuperação da COVID-19 (ao longo da última semana). **Responda a cada uma das perguntas, mesmo se você não tiver queixas no momento.** \*

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas vezes	Sempre
Estou incomodado com a fadiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me canso muito rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não faço muito durante o dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho energia suficiente para a vida cotidiana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisicamente, eu me sinto exausto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas vezes	Sempre
Eu tenho problemas para começar as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho problemas para pensar de forma clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não sinto vontade de fazer nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentalmente eu me sinto exausto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando estou fazendo alguma coisa, consigo me concentrar bem



Comparando com como você se sentia antes de ter COVID-19, Como você descreve seu nível de fadiga **durante** sua recuperação da COVID? \*

- Significativamente maior do que antes da COVID
- Moderadamente maior do que antes da COVID
- Um pouco maior do que antes da COVID
- Similar à antes da COVID
- Menor do que antes da COVID

Quanto de descanso DIÁRIO você consegue/consegiu em média, DURANTE sua recuperação da COVID-19? (Descanço significa tempo para se recuperar/relaxar sem trabalho, cuidado de crianças ou outras obrigações). **Não inclua seu período de sono ou cochilos ao longo do dia.** \*

- menos de 2hrs por dia
- 2-4hrs
- 4-6hrs
- 6-8hrs
- mais de 8 horas por dia

Caso você tenha sentido fadiga, quando você sentiu? \*

Assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses** (if



**applicable**). Mesmo se você tenha experienciado esses sintomas durante uma parte da semana ou mês, selecione-o.

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Fadiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Changes in Sensitivity to Medication or Other Substances

### Mudanças na sensibilidade a medicamentos ou outras substâncias

Você experienciou alguma mudança na sensibilidade a medicamentos ou outras substâncias? \*

- Sim  
 Não

Quais medicamento(s) ou substância(s). Caso sejam vários, separe-os com uma vírgula.

Caso seja um medicamento, para que você toma ele?

Descreva as mudanças que você observou:

## General Functioning

Em geral, você diria que sua saúde ANTES do início da COVID era: \*

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Mediana
- Ruim

Em geral, você diria que sua saúde ATUAL é: \*

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Mediana
- Ruim

Sua saúde atualmente lhe impede de subir vários lances de escada? \*

- Sim, limita muito
- Sim, limita um pouco
- Não, não limita em nada

Sua saúde atualmente lhe impede de caminhar um quarteirão? \*

- Sim, limita muito
- Sim, limita um pouco
- Não, não limita em nada

Sua saúde atualmente limita sua habilidade de tomar banho ou trocar de roupa? \*

- Sim, limita muito
- Sim, limita um pouco
- Não, não limita em nada

Ao longo das últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, em consequência de sua **saúde física**? (selecione todas as opções que se aplicarem) \*

- Realizou menos do que você gostaria
- Ficou limitado/a a determinado tipo de trabalho ou outras atividades
- Nenhum limite

Ao longo das últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, em consequência de sua **saúde emocional**? (selecione todas as opções que se aplicarem) \*

- Realizou menos do que você gostaria
- Ficou limitado/a a determinado tipo de trabalho ou outras atividades
- Nenhum limite

## Mental Health

### Sintomas de Saúde Mental

*Você pode escolher não responder todas as perguntas.*

**Se você está tendo pensamentos suicidas esses atendimentos gratuitos estão disponíveis todos os dias da semana para oferecer apoio:**

**Brazil: 141 (Centro de Valorização da Vida, <http://www.cvv.org.br/>)**

**USA: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: envie mensagem de texto TALK para 741741)**

**Reino Unido: 116 123**

**Países Baixos: 0800 0113**

**Canadá: 833-456-4566**

Encontre [serviços adicionais](#) para seu país

Alguma vez (antes dos sintomas de COVID-19) você teve diagnóstico de algum transtorno de saúde mental (ex: depressão, ansiedade, transtorno do pânico, psicose etc)?

- Sim  
 Não

Você acha que você tem ou tinha algum transtorno de saúde mental que ainda não tenha sido diagnosticado?

- Sim  
 Não

Caso você tenha respondido Sim a qualquer uma das perguntas acima, qual das seguintes você experienciou? (assinale todas que se aplicarem)

- Depressão  
 Transtorno Bipolar  
 Transtorno de Ansiedade  
 Dependência Química  
 Transtorno Alimentar  
 Transtorno de Personalidade  
 Transtorno Psicótico  
 Delirium  
 Transtorno de estresse pós-traumático  
  Outro

Para cada transtorno que se aplique a você, especifique:

Nenhuma mudança      Início      Piora      Piora moderada      r

	N/A	durante COVID- 19	durante COVID- 19	significativa durante COVID-19	durante COVID- 19
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno Bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de Ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependência Química	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno Alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de Personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno Psicótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de estresse pós-traumático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>					

Opcionalmente, descreva como o transtorno lhe afetou durante o COVID-19.

## Depressive Symptoms

Ao longo das últimas 2 semanas, com que frequência você tem sido incomodado/a pelos seguintes problemas?

	Nem um pouco	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu cansado(a) ou com pouca energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nem um pouco	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mais da metade dos dias      Quase todos

Nem um pouco

Vários dias

dias

os dias

Se você selecionou algum dos problemas acima, o quão difícil esses problemas tornaram você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa, ou se dar bem com outras pessoas?

- Nem um pouco difícil
- Um pouco difícil
- Muito difícil
- Extremamente difícil

(Opcional) Se desejar, compartilhe um pouco mais sobre sua experiência

## Anxiety Symptoms

Nas últimas 2 semanas, com qual frequência você se sentiu incomodado/a com os problemas a seguir?

Nem um pouco

Vários dias

Mais da  
metade dos  
diasQuase todos  
os dias

Sentir-se nervoso/a,  
ansioso/a ou muito  
tenso/a



Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações

Preocupar-se muito com diversas coisas

Dificuldade para relaxar

Nem um pouco      Vários dias      Mais da metade dos dias      Quase todos os dias

Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a

Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a

Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer

Nem um pouco      Vários dias      Mais da metade dos dias      Quase todos os dias

Se você selecionou algum dos problemas acima, o quão difícil esses problemas tornaram você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa, ou se dar bem com outras pessoas?

- Nem um pouco difícil
- Um pouco difícil
- Muito difícil
- Extremamente difícil

(Opcional) Se desejar, compartilhe um pouco mais sobre sua

experiência

## Suicidal Thoughts

Se você está tendo pensamentos suicidas esses atendimentos gratuitos estão disponíveis todos os dias da semana para oferecer apoio:

**Brazil: 141 (Centro de Valorização da Vida, <http://www.cvv.org.br/>)**

**US: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: envie mensagem de texto TALK para 741741)**

**Reino Unido: 116 123**

**Países Baixos: 0800 0113**

**Canadá: 833-456-4566**

Encontre [servicos de apoio adicionais](#) para seu país

Em algum momento durante a pandemia de COVID-19 você:

- Desejou que você estivesse morto ou desejou poder dormir e não acordar
- Teve pensamentos de se matar
- Teve pensamentos de machucar a si mesmo/a
- Fez alguma coisa para se machucar
- Eu não tive nenhum pensamento suicida

Outro

## Psychiatric Medication

Você tem tomado medicamento psiquiátrico prescrito durante sua recuperação?

- Sim  
 Não

Em algum momento durante a pandemia de COVID-19 houveram mudanças em sua medicação psiquiátrica?

- Sim, foi feito um ajuste na dose de meu medicamento anterior  
 Sim, novos medicamentos foram prescritos para mim  
 Não, eu continuei com o mesmo medicamento e doses anteriores  
 Não, eu não precisei de medicamentos psiquiátricos

Se você recebeu uma prescrição de NOVOS medicamentos, quais eram estes?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepressivos (Não Bupropiona)         | <input type="checkbox"/> Melatonina para insônia   |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropiona)                  | <input type="checkbox"/> Estabilizadores de humor (ex: lítio, ácido valpróico, topiramato etc) |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepina (medicamento ansiolítico) | <input type="checkbox"/> Estimulantes  |

Anti-psicótico

Outro



Medicamentos para insônia (ex: zolpidem, zopiclone, zaleplon)

Você tem tomado algum desses medicamentos, indique como eles afetaram sua condição. (Selecione todas as opções que se apliquem)

	Muito melhor	Moderadamente melhor	Um pouco melhor	A mesma coisa	Um pouco pior
Antidepressivos (ISRS/ISRSN /SNRI/bupropiona, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepina (medicamento ansiolítico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-psicótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para insônia (ex: zolpidem, zopiclone, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Muito melhor	Moderadamente melhor	Um pouco melhor	A mesma coisa	Um pouco pior
Melatonina para insônia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilizadores de humor (ex: lítio, ácido valpróico, topiramato etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>					
	Muito melhor	Moderadamente melhor	Um pouco melhor	A mesma coisa	Um pouco pior

Se você precisou de tratamento psiquiátrico durante COVID-19, selecione todas as opções que se apliquem:

- Recebi tratamento de meu médico de família
- Recebi tratamento do profissional de saúde mental que já me atendia
- Recebi tratamento de um novo profissional de saúde mental
- Não consegui receber o tratamento que eu precisava

Se você não conseguiu receber tratamento psiquiátrico, qual das seguintes opções influenciou sua impossibilidade de receber tratamento?

- Custo
- Acesso a um aparelho compatível com telesaúde
- O profissional preferido não aceita meu plano de saúde
- O profissional preferido não atende pacientes via telesaúde
- Outro

## Coping

Que atividades de bem-estar você fez / participou para lhe ajudar a lidar com a situação? (selecione todas as opções que se apliquem)

- Grupos de apoio ou comunidades online específicos sobre COVID-19
- Grupos de apoio ou comunidades online não relacionados ao COVID-19
- Terapia
- Yoga

- Exercício aeróbico
- Meditação
- Nenhum dos anteriores

Se você participou de uma comunidade online sobre COVID-19, qual foi o efeito de sua participação no seu bem estar psicológico?

- Melhorou bastante meu bem estar psicológico
- Melhorou moderadamente meu bem estar psicológico
- Não influenciou em nada meu bem estar psicológico
- Piorou moderadamente meu bem estar psicológico
- Piorou significativamente meu bem estar psicológico

Você concorda com essa afirmativa? "Um ou mais médicos não acreditou em mim"

- Concordo fortemente
- Concordo
- Concordo em parte
- Nem concordo nem discordo
- Discordo em parte
- Discordo
- Discordo fortemente

(Opcional) Descreva como sua participação em comunidades online afetou seu bem estar

Estar fisicamente isolado de outras pessoas:

- Teve um impacto forte e negativo em meu bem estar psicológico
- Teve um impacto negativo em meu bem estar psicológico
- Não teve impacto em meu bem estar psicológico
- Teve um impacto positivo em meu bem estar psicológico
- Teve um impacto forte e positivo em meu bem estar psicológico
- Não fiquei fisicamente isolado de outras pessoas

(Opcional) Avalie as 28 afirmações abaixo sobre métodos de enfrentamento

	Não tenho feito isso	Um pouco	Mais ou menos	Tenho feito isso muito
Tenho me dedicado ao trabalho ou outras atividades para tirar minha mente de outras coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa sobre a situação que estou vivendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dito para mim mesmo "isso não é real"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho bebido ou usado drogas para me sentir melhor comigo mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas

Eu desisti de tentar lidar com isso

Tenho tentado agir para fazer a situação melhorar

Não tenho feito isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito isso muito

Eu tenho me recusado a acreditar que isso aconteceu

Eu tenho falado coisas para deixar os sentimentos ruins saírem

Eu tenho recebido apoio e conselhos de outras pessoas

Tenho tentado ver sob uma nova perspectiva, para tentar ver as coisas de forma mais positiva

Tenho me criticado

Estou tentando criar uma estratégia sobre o que fazer

Tenho recebido conforto e compreensão de outra pessoa

Não tenho feito isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito isso muito

Tenho desistido de tentar me adaptar



Tenho buscado alguma coisa boa no que está acontecendo

Tenho feito piadas sobre isso

Tenho feito alguma coisa para pensar menos nisso, como ir ao cinema, assistir TV, ler, sonhar acordado, dormir, shopping

Eu tenho aceitado a realidade do que aconteceu

Tenho expressado meus sentimentos negativos

Tenho tentado buscar conforto em minha religião ou crenças espirituais

Não tenho feito isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito isso muito

Tenho tentado buscar conselhos ou ajuda de outras pessoas sobre o que fazer

Eu estou aprendendo a viver com isso

Tenho pensado muito sobre quais devem ser os próximos passos

Tenho me culpado sobre as coisas que aconteceram

Eu tenhi orado ou meditado

Eu tenho me divertido com a situação

Não tenho feito  
isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito  
isso muito

Alguma outra coisa que você gostaria de compartilhar sobre enfrentamento dessa situação?

## Structural Support

Como voce descreve o apoio ou falta de apoio recebido das seguintes pessoas, durante seu adoecimento?

	Prejudicial	Dispensável	Cético	Apático/a	Um pou preocupã
Profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Companheiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Família (não companheiro/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empregador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Opcional) Se você quiser, sinta-se à vontade para compartilhar sua experiência de apoio ou falta de apoio durante seu adoecimento.

Enquanto você estava doente, qual desses cenários se assemelha mais com sua experiência?

- Morava sozinho e me senti capaz de cuidar de mim
- Morava sozinho e precisei de mais ajuda do que eu tive
- Morava com alguém que cuidou bem de mim
- Morava com alguém e precisei de mais ajuda do que eu tive
- Outro

Se você estava se isolando, seja em um espaço na mesma casa ou em uma casa diferente, qual desses cenários mais se parece com sua experiência?

Considere 'reunir' como recomeçar a morar com outros de novo, e não apenas visitando/socializando com outros.

- Não me isolei / Fiquei morando com outros ao longo de meu adoecimento.
- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 1-3 e eles se infectaram (provavelmente de mim)
- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 1-3 e eles não se infectaram

- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 4-6 e eles se infectaram
- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 4-6 e eles não se infectaram
- Eu me reuni com outros em algum momento após a semana 6 e eles se infectaram
- Eu me reuni com outros em algum momento após a semana 6 e eles não se infectaram
- Eu estou me isolando / não me reuni com outros
- N/A

Você tem algum animal de estimação na sua casa? \*

- Sim
- Não

Se sim, especifique: \*

- Gatos
- Cachorros
- Roedores
- Outros

Com relação ao cuidado médico que você recebeu durante a pandemia de COVID-19: \*

- Acredito que eu recebi o cuidado necessário
- Acredito que eu recebi um pouco abaixo do cuidado necessário
- Acredito que eu recebi muito abaixo do cuidado necessário

Não precisei de nenhum cuidado médico

Com relação à sua situação financeira durante a pandemia de COVID-19 (selecione todas as opções que se apliquem): \*

- Eu perdi meu emprego, ou não pude trabalhar como autônomo
- Não tenho tido condições de arcar com gastos básicos como alimentação e moradia
- Tenho estado em dificuldades financeiras, mas tenho conseguido me manter
- Não tive nenhuma dificuldade financeira

(Opcional) Eu acredito que meu governo federal e as instituições de saúde pública fizeram o melhor possível para lidar com a pandemia de COVID-19.

- Concordo fortemente
- Concordo
- Concordo em parte
- Nem concordo nem discordo
- Discordo em parte
- Discordo
- Discordo fortemente

Se você tem filhos, eles ficaram doentes com COVID (ou com suspeita de COVID) por mais de três semanas?

- Não tenho filhos
- Meus filhos não ficaram doentes

- Meus filhos ficaram doentes, mas se recuperaram em menos de 3 semanas
- Um ou mais de meus filhos ficaram doentes por mais de 3 semanas, e um ou mais de meus filhos se recuperaram antes de 3 semanas.
- Todos meus filhos ficaram doentes por mais de 3 semanas.

## Work

Você tinha emprego antes da COVID?

- Sim, em tempo integral
- Sim, em tempo parcial
- Eu era autônomo em tempo integral
- Eu era autônomo em tempo parcial
- Não

Você precisou de alguma modificação ou horário reduzido por causa dos sintomas/problemas persistentes?

- Sim, eu precisei reduzir minhas horas de trabalho (trabalhando presencialmente)
- Sim, eu precisei reduzir minhas horas de trabalho (trabalhando remotamente).
- Sim, eu precisei pedir demissão ou fui demitido.
- Não, consegui continuar trabalhando normalmente.
- Outro, descreva

## Other Medical Diagnostics

Você recebeu algum diagnóstico médico para seus sintomas físicos associados à COVID-19? (Exames de imagem: ultrassom, eletrocardiograma...)

- Sim  
 Não

Você fez algum dos seguintes exames? Nota: Caso você tenha feito qualquer um dos testes mais de uma vez, inclua "anormal" se você recebeu um resultado anormal alguma vez.

	Não testou	Sim - normal	Sim - anormal
Ressonância Magnética - crânio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressonância Magnética - tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomografia Computadorizada - tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomografia Computadorizada - crânio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomografia Computadorizada - abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Não testou	Sim - normal	Sim - anormal
Angiotomografia Computadorizada Arterial Pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raio X de tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Punção lombar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrassom - pernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ecocardiograma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Não testou	Sim - normal	Sim - anormal
Ultrassom - abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eletrocardiograma (ECG/EKG) - coração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eletroencefalograma (cérebro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eletromiografia (músculos/nervos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>			
	Não testou	Sim - normal	Sim - anormal

Caso a Ressonância Magnética ou tomografia computadorizada do crânio ou o eletroencefalograma tenham sido anormais, descreva os resultados aqui.

Caso a Ressonância Magnética, tomografia computadorizada ou Raio X do tórax tenham sido anormais, descreva os resultados aqui.

Caso a punção lombar tenha sido anormal, descreva os resultados aqui.



Caso o Ecocardiograma tenha sido anormal, descreva os resultados aqui.

Caso algum outro teste listado acima tenha sido anormal, descreva os resultados aqui.

Caso você tenha tido algum outro teste anormal que não esteja listado acima, descreva os resultados aqui.

## **Diagnostics Blood Tests**

Você recebeu resultados de exames de sangue para seus sintomas relacionados à COVID-19? (ex: hemograma completo)

- Sim
- Não

Quais foram os resultados de seus exames de sangue para os seguintes marcadores? Caso estes tenham tido resultado anormal em algum momento, mas depois tenham normalizado, considere o resultado anormal.

	Não testou	Normal	Anormal, alto	Anormal, baixo	Não tenho certeza / Não consigo achar	Quanto faz teste não está disponível
Creatinina (geralmente parte do hemograma completo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contagem de linfócitos (geralmente parte do hemograma completo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contagem de eosinófilos (geralmente parte do hemograma completo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% de eosinófilos (geralmente parte do hemograma completo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perfil hepático / teste de função hepática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Não testou	Normal	Anormal, alto	Anormal, baixo	Não tenho certeza / Não consigo achar	Quanto faz teste não está disponível
D-Dímero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteína c-reativa (PCR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxa de sedimentação de eritrócitos (teste ESR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogênio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro



Para qualquer resultado anormal, descreva os resultados em detalhe

Faça uma lista de qualquer outro resultado de exame de sangue anormal (Coloque cada teste anormal em uma nova linha)

Desde COVID, você fez teste para alguma dessas condições? Have you been tested for these conditions since COVID?

	Não testou	Negativo	Infecção atual/recente (desde COVID)	Infecção anterior
Epstein-Barr (mononucleose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença de Lyme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Citomegalovírus (CMV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você recebeu algum desses diagnósticos para seus sintomas?  
Selecione todas as opções que se apliquem.

- Síndrome de Guillain-Barre
- Neuropatia de fibras pequenas
- Neuropatia autonômica
- Polineuropatia
- Nevralgia ou neuralgia (inclua o tipo de neuralgia na caixa de texto)

- Síndrome antifosfolipídica, induzida por vírus ou autoimune
- Sarcoidose
- Derrame (inclua o tipo de derrame na caixa de texto)

- Lesões desmielinizantes
- Síndrome da taquicardia postural ortostática (POTS)
- Encefalopatia
- Encefalite (inclua o tipo de encefalite na caixa de texto)

- Meningoencefalite
- Meningite
- Encefalomielite Disseminada Aguda (EMDA)
- Mielite aguda
- Oftalmoparesia
- Diagnóstico Psiquiátrico
- Enxaqueca
- Neuropatias motoras periféricas ou cranianas
- Síndrome de encefalopatia reversível posterior
- Miastenia

- Microangiopatia trombótica
- Síndrome de Tapia
- Epilepsia
- Traumatismo crâniano ou sintomas semelhantes ao traumatismo crâniano
- Encefalomielite Miálgica/Síndrome de Fadiga Crônica (ME/CFS)
- Envolvimento do nervo craniano
- Buraco de mácula / Buraco macular
- Costocondrite
- Coágulo sanguíneo
- Miocardite

Descreva qualquer outro diagnóstico que você tenha recebido (caso tenha recebido mais de um, inclua cada diagnóstico em uma nova linha e clique "enter" entre cada um).

## Treatments

Você experimentou algum dos seguintes tratamentos para seus sintomas de COVID19; em caso afirmativo, o quão útil foi? (escolha todas as opções aplicáveis)

Inclui tratamentos sem prescrição médica Medicamentos, ou Tratamentos Alternativos.

	Não utilizei	Um pouco útil	Bastante útil	Nada útil	Não sei
<b>Opções de tratamento não medicamentoso</b> Eletrólitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas de Movimento (para regular a quantidade de exercício/atividades)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adicionar sal a alimentos e bebidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Roupas de compressão (meias, meias-calças)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuntura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagem linfática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Anti-histamínicos</b> Anti-histamínicos do tipo H1 (difenidramina, acrivastina e cetirizina, como benadril, zyrtec, claritina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-histamínicos tipo H2 (cimetidina, famotidina, como Pepcid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cannabis</b> Produtos de CBD/THC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Produtos apenas com CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Esteróides</b> Prednisona e Dexametasona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Anticoagulantes</b> Aspirina infantil (75-81mg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anticoagulantes orais diretos, Rivaroxabana (Xarelto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varfarina (Coumadin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Anti-inflamatórios</b> Curcumina (cúrcuma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omega 3 / DHA / EPA (óleo de peixe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamentos do sistema imunológico</b> Imunoglobulina intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plasma convalescente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Medicamento antiviral</b> Remdesevir (Veklury)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antibióticos</b> Azitromicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamentos para malária</b> Cloroquina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hidroxicloroquina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antioxidantes</b> Oxaloacetato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Analgésicos sem prescrição médica</b> Não-AINEs (Tylenol, Paracetamol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AINEs (Ibuprofeno, Naproxeno, Aspirina adulta (dose completa))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor descreva qualquer outro tratamento,

medicamentos/suplementos, ou qualquer outra coisa que tenha melhorado significativamente seus sintomas. (Por favor inclua cada item em uma nova linha, basta clicar 'enter' depois de cada um).

### Overall COVID Experience Text Write In

**Opcional:** Utilize esse espaço para descrever qualquer coisa que você gostaria que outras pessoas soubessem sobre a experiência com COVID, ou que não tenham sido capturadas aqui. Por favor, não inclua nenhuma informação pessoal (como nome ou localização).

## Você chegou ao final do questionário!

Separe alguns minutos para revisar se você esqueceu alguma coisa. Quando você tiver certeza de suas respostas, *clique próximo para enviar*.



Depois que você enviar, não poderá voltar para fazer modificações.  
Obrigada por sua energia e seu tempo!

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

Desenvolvido por Qualtrics