

Русский

Information needed

Пожалуйста, подготовьте следующие документы перед тем, как начать тестирование. *Если какие-либо из документов отсутствуют, пожалуйста, заполните опросник максимально подробно на основе имеющейся у Вас информации.*

Результаты тестов	Дата, тип теста (ПЦР, антитела) и результат. <u>Если Вы не покажете примерную. Если Вы сдавали тест на антитела, мы более подробную информацию о типе теста, но это не является информацией.</u>
Продолжительность и интенсивность симптомов	Журнал симптомов <u>Вам нужно будет выбрать из списка хар. которые Вы испытывали в течение первых 4 недель, и в посл. после этого, до 7 месяцев.</u>
Другие диагностические тесты	Результаты <u>В опроснике будут представлены вопросы о др. диагностических обследований Ваших симптомов COVID-19 (МРТ/КТ/рентген, ультразвуковое исследование, ЭКГ). Наличие тестов не является.</u>

Take a Break

||

В любой момент прохождения тестирования Вы можете прервать выполнение и возобновить его позднее. Мы рекомендуем делать перерывы, особенно если Вы испытываете симптомы в настоящий момент, чтобы избежать истощения.

Для возобновления прохождения тестирования:

- **Сохраните эту ссылку в браузере для того, чтобы продолжить выполнение позже.**
- Не используйте режим «Инкогнито» во время прохождения тестирования.
- Не удаляйте файлы cookies.

Ваш прогресс выполнения будет храниться **одну неделю.**

”

Demographics

Резидентом какой страны Вы являетесь в настоящий момент? *

В каком городе Вы живете? Пожалуйста, укажите штат (при наличии, например, Нью-Йорк, NY) *

В каком районе Вы живете? *

- Пригород
- Городской район
- Сельская местность

Укажите Ваш возраст: *

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

Ваш пол? *

- Женский
- Мужской
- Небинарная персона/Квир
- Предпочитаю не указывать
- Другое

Соответствует ли Ваш пол полу, данному Вам при рождении? *

- Да
- Нет

Если применимо, беременны ли Вы? *

- Да
- Нет
- Не применимо

Если применимо, рожали ли Вы 6 или менее месяцев назад? *

- Да
- Нет
- Не применимо

Если применимо, идут ли у Вас месячные, установлен ли менструальный цикл? *

- Да
- Нет, менопауза
- Нет, по другой причине
- Не применимо

Что из перечисленного ниже лучше всего характеризует Ваше происхождение? Выберите все подходящие варианты *

- Азиатское (Китай, Индия, Вьетнам, Филиппины и др.)
- Афроамериканское (Ямайка, Нигерия, Гаити и др.)
- Европейское (Германия, Италия, Польша, Франция и др.)
- Латиноамериканское/Испанское (Мексика, Пуэрто-Рика, Куба и др.)

- Коренные народы (Навахо, Майя и др.)
- Тихоокеанский регион (Гавайи, Самоа, Фуджи и др.)
- Северноафриканское/ближневосточное (Ливия, Иран, Египет, Марокко и др.)
- Предпочитаю не отвечать
- Другое

Каким был среднегодовой уровень дохода Вашей семьи **до начала пандемии COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 долларов
- \$10,001 - \$40,000 долларов
- \$40,001 - \$85,000 долларов
- \$85,001 - \$150,000 долларов
- >\$150,000 долларов
- Предпочитаю не отвечать

Сколько составляет среднегодовой уровень дохода Вашей семьи сейчас, **после COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 долларов
- \$10,001 - \$40,000 долларов
- \$40,001 - \$85,000 долларов
- \$85,001 - \$150,000 долларов
- >\$150,000 долларов
- Предпочитаю не отвечать

Каким был среднегодовой уровень дохода Вашей семьи **до**

начала пандемии COVID-19? *

- \$0 - \$10,000 канадских долларов
- \$10,001 - \$40,000 канадских долларов
- \$40,001 - \$85,000 канадских долларов
- \$85,001 - \$150,000 канадских долларов
- >\$150,000 канадских долларов
- Предпочитаю не отвечать

Сколько составляет среднегодовой уровень дохода Вашей семьи сейчас, **после COVID-19? ***

- \$0 - \$10,000 канадских долларов
- \$10,001 - \$40,000 канадских долларов
- \$40,001 - \$85,000 канадских долларов
- \$85,001 - \$150,000 канадских долларов
- >\$150,000 канадских долларов
- Предпочитаю не отвечать

Каким был среднегодовой уровень дохода Вашей семьи **до начала пандемии COVID-19? ***

- £0 - £20,000 фунтов стерлингов
- £20,000 - £40,000 фунтов стерлингов
- £40,000 - £60,000 фунтов стерлингов
- £60,000 - £80,000 фунтов стерлингов
- >£80,000 GBP фунтов стерлингов
- Предпочитаю не отвечать

Сколько составляет среднегодовой уровень дохода Вашей семьи сейчас, **после COVID-19?** *

- £0 - £20,000 фунтов стерлингов
- £20,000 - £40,000 фунтов стерлингов
- £40,000 - £60,000 фунтов стерлингов
- £60,000 - £80,000 фунтов стерлингов
- >£80,000 GBP фунтов стерлингов
- Предпочитаю не отвечать

Каким был среднегодовой уровень дохода Вашей семьи **до начала пандемии COVID-19?** *

- €0 - €20,000 евро
- €20,000 - €40,000 евро
- €40,000 - €60,000 евро
- €60,000 - €80,000 евро
- >€80,000 евро
- Предпочитаю не отвечать

Сколько составляет среднегодовой уровень дохода Вашей семьи сейчас, **после COVID-19?** *

- €0 - €20,000 евро
- €20,000 - €40,000 евро
- €40,000 - €60,000 евро
- €60,000 - €80,000 евро
- >€80,000 евро
- Предпочитаю не отвечать

Какую наивысшую ступень образования Вы завершили? *

- Незаконченное среднее образование
- Среднее общее образование
- Бакалавриат
- Магистратура/специалитет

Являетесь ли Вы работником сферы здравоохранения? *

- Да
- Нет

Откуда Вы узнали об этом тестировании? *

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Группа в Slack "Body Politic" | <input type="checkbox"/> Инстаграм |
| <input type="checkbox"/> Группа на Facebook "Long Haul COVID Fighters Group" | <input type="checkbox"/> Поделится друг или член семьи |
| <input type="checkbox"/> Группа на Facebook "Long Covid Support Group" | <input type="checkbox"/> Рассылка "Patient Led Research" |
| <input type="checkbox"/> Другая группа обмена информацией и поддержки | <input type="checkbox"/> Медиаресурсы (блок, статья, заметка) |
| Фейсбук | Другое |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input style="width: 300px; height: 30px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Твиттер | |

Background Section

Когда впервые появились Ваши симптомы? *

	Месяц	День	Год
Выберите:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

Испытываете ли Вы симптомы в настоящий момент? *

- Да
 Нет

Recovered - Total Days

Сколько дней Вы испытывали симптомы? *

Lifestyle & Pre-existing Conditions

Было ли у Вас **диагностировано** какое-либо из перечисленных заболеваний или же Вас беспокоило какое-то из перечисленных состояний до COVID?

- Пищевые аллергии
 Аллергии на бытовые раздражители (пыль, грибок, плесень)
 Аллергии на химические компоненты
 Сезонные аллергии
 Аллергии неустановленной причины

- Другие аллергии
- Бессоница
- Осознанные сновидения
- Кошмары
- Реалистичные яркие сны
- Ночная потливость
- Сонное апноэ
- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)
- Целиакия
- Болезнь Крона
- Язвенный колит
- Синдром раздраженного кишечника
- Другие гастроэнтерологические расстройства / заболевания
- Астма
- ХОБЛ
- Туберкулез
- Экзема
- Вирусные кожные заболевания (герпес, бородавки, контагиозный моллюск)
- Деменция
- Эпилепсия
- Мигрень
- Боковой амиотрофический склероз
- Болезнь Паркинсона
- Рассеянный склероз
- Периферическая нейропатия
- Ишемическая болезнь сердца
- Остановка сердца
- Повышенное артериальное давление (гипертензия)
- Пониженное артериальное давление (гипотензия)
- Тромбы

- Инсульт
- Повышенный уровень холестерина / гиперлипидемия
- Проплапс митрального клапана
- Анемия
- Расстройство аутистического спектра
- Аутоиммунное расстройство
- Онкологическое заболевание (все виды)
- Хроническое заболевание почек
- Диабет 1 Типа
- Диабет 2 Типа
- Синдром Элерса-Данлоса
- Эндометриоз
- Фибромиалгия
- Дефицит IgA
- Интерстициальный цистит
- Гепатит (A/B/C)
- ВИЧ
- Синдром активации тучных клеток (MCAS)
- Миалгический энцефаломиелит / синдром хронической усталости
- Ожирение
- Постуральная ортостатическая тахикардия
- Рецидивирующие бактериальные инфекции
- Рецидивирующие вирусные инфекции
- Синдром беспокойных ног
- Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- Вертиго
- Близорукость/дальнозоркость
- Дефицит витамина D
- Ничего из перечисленного**

Пожалуйста, укажите расстройства или заболевания, если таковых не было в списке. Если их несколько, пожалуйста, разделяйте их запятой. Достаточно перечислить названия.

Изменились ли переживаемые Вами расстройства/заболевания, когда Вы испытывали симптомы COVID19?

- Да, произошло ухудшение.
- Да, произошло улучшение.
- По каким-то наступило улучшение, по каким-то - ухудшение, какие-то остались на прежнем уровне (пожалуйста, опишите подробно в соответствующем блоке опросника далее).
- Нет, изменений не произошло.
- Не применимо (не было в анамнезе заболеваний)

Если какие-либо из Ваших имевшихся ранее заболеваний/расстройств развились в сторону ухудшения, пожалуйста, опишите это здесь (опционально).

Если какие-либо из Ваших имевшихся ранее заболеваний/расстройств развились в сторону улучшения, пожалуйста,

ОПИШИТЕ ЭТО ЗДЕСЬ (ОПЦИОНАЛЬНО).

Какая у Вас группа крови и резус-фактор? Если Вы не знаете точно, выберите ответ «Не знаю». *

Не знаю ▾

Hospitalization

История госпитализации

Обращались ли Вы к врачу по поводу Ваших симптомов COVID? Выберите все подходящие варианты ниже. Такие обращения, как звонки-обращения за консультацией или телемедицина, тоже учитываются. *

- Представитель альтернативной медицины
- Кардиолог
- Дерматолог
- Гастроэнтеролог
- Гематолог
- Врач в стационаре
- Иммунолог/аллерголог
- Инфекционист

- Участковый врач / терапевт/ врач общей практики
- Невролог/нейроиммунолог
- Гинеколог/акушер-гинеколог
- Психиатр
- Пульмонолог
- Ревматолог
- Другое
- Не обращался(ась) к врачу

Были ли Вы госпитализированы? *

- Да
- Нет
- Я попадал(а) в реанимацию/стационар, но не оставался(ась) на лечение.

Если да, как долго длилась Ваша госпитализация? [Количество дней] *

Получали ли Вы кислородную поддержку? *

- Да, была установлена назальная канюля
- Да, меня интубировали
- Нет
- Не было госпитализции

Другое

(Опционально) Вы можете описать свой опыт лечения.

COVID-19 Testing

Проходили ли Вы тест на COVID-19 взятием мазка? (Этот вопрос не касается тестов на антитела - о них информация будет запрошена позднее) *

- Да, как минимум один раз.
- Нет, хотя делал(а) попытку, но не успешно,
- Нет, я не делал(а) тест.

Сколько раз Вы проходили тест (взятие мазка)? *

- 1
- 2
- 3
- Другое

Укажите дату **первого** тестирования. (Если Вы не помните точную дату, укажите примерную) *

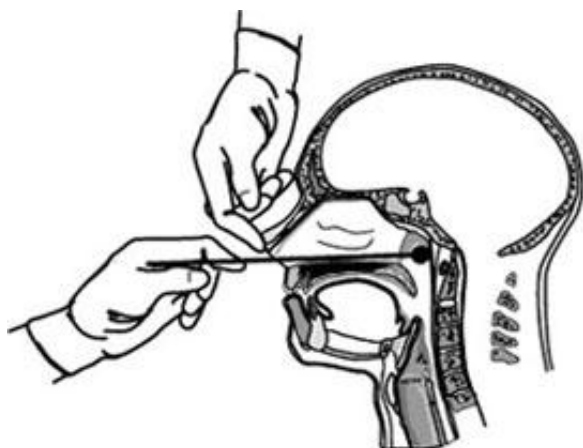
	Месяц	День	Год
Выберите:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Вы указали примерную дату?

Это была примерная дата

Укажите тип Вашего

- Назальный (взятие пробы через нос, без забора материала с задней стенки и глотки)
- Назофарингеальный (взятие пробы через нос с забором материала также с задней стенки и глотки)



- Забор материала с глотки
- Другое

Какой был результат теста? *

- Положительный
- Отрицательный
- Ожидаю результатов/неопределенный

Когда Вы проходили тест **второй** раз? (если Вы не помните точную дату, укажите примерную) *

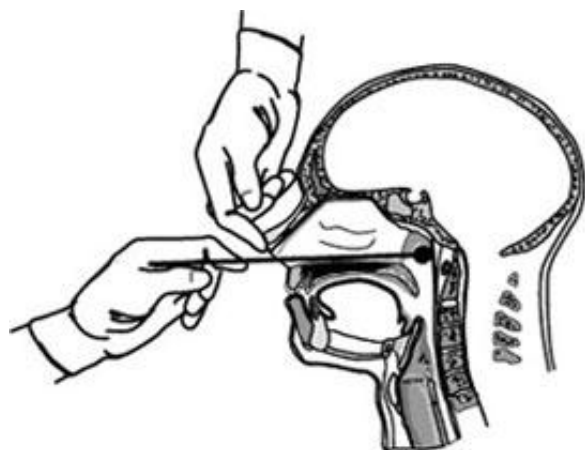
	Месяц	День	Год
Выберите:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Вы указали примерную дату?

- Это была примерная дата.

Укажите тип Вашего **второго** теста на COVID-19.

- Назальный (взятие пробы через нос, без забора материала с задней стенки и глотки)
- Назофарингеальный (взятие пробы через нос с забором материала также с задней стенки и глотки)



- Забор материала с глотки

Другое

Какой был результат теста? *

- Положительный
- Отрицательный
- Ожидаю результатов/неопределенный

Когда Вы проходили тест *

	Месяц	День	Год
Выберите:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

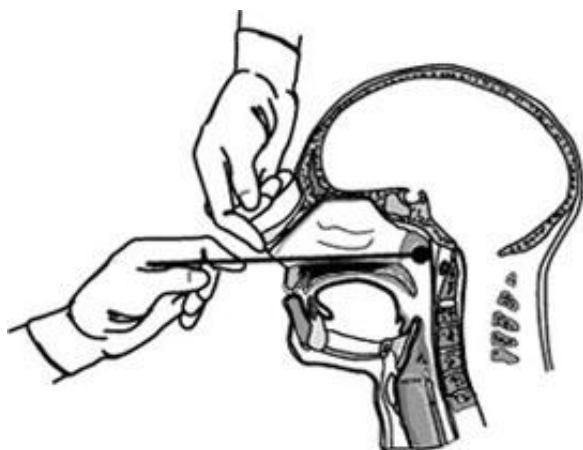
Вы указали примерную дату?

Это была примерная дата

Укажите тип Вашего **третьего** теста на COVID-19.

Назальный (взятие пробы через нос, без забора материала с задней стенки и глотки)

- Назофарингеальный (взятие пробы через нос с забором материала также с задней стенки и глотки)



- Забор материала с глотки
- Другое

Какой был результат теста? *

- Положительный
- Отрицательный
- Ожидаю результатов/неопределенный

Если Вы сдавали другие тесты, пожалуйста, перечислите их здесь. Начинайте описание каждого с новой строки, указав тип, дату и результат, разделяя их запятыми. Например: Назофарингеальный, 4-1-20, Положительный. Если Вы не помните точную дату, укажите примерную.



Antibody Testing

Делали ли Вы тест на антитела? *

- Да, хотя бы один раз
- Нет

Сколько раз Вы делали тесты на антитела? *

Какой был результат теста на антитела? *

- Положительный на IgG и IgM
- Положительный только на IgM
- Положительный только на IgG
- Не знаю точный тип, но результат теста был положительным.
- Отрицательный

Если результат был положительным и были указаны титры,

укажите значение титров для IgM.

Если результат был положительным и были указаны титры, укажите значение титров для IgG.

Как производился забор материала? *

- Взятие крови из вены
- Взятие крови из пальца

Укажите дату теста на антитела (если Вы не помните точную дату, укажите примерную). *

	Месяц	День	Год
Выберите:	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="2020"/>

Вы указали примерную дату?

Это была примерная дата

Укажите производителя теста (Выберите из перечисленных,

только если Вы точно знаете эту информацию. В противном случае выберите ответ «Я не знаю») *

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <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"/> Я не знаю |
| <input type="radio"/> EuroImmuno | |

Проходили ли Вы другие тесты на антитела? *

- Да
 Нет

Какой был результат теста? *

- Положительный на IgG и IgM
 Положительный только на IgM
 Положительный только на IgG
 Не знаю точный тип, но результат теста был положительным.
 Отрицательный

Если результат теста был положительным и были указаны титры, укажите значение титров (в мг/дл) для IgM. *

Если результат теста был положительным и были указаны титры,

укажите значение титров (в мг/дл) для IgG *

Укажите способ забора материала. *

- Взятие крови из вены
 Взятие крови из пальца

Укажите дату теста (если Вы не помните точную дату, укажите примерную). *

	Месяц	День	Год
Выберите:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Вы указали примерную дату?

- Это была примерная дата

Укажите производителя теста. (Пожалуйста, укажите эту информацию, только если Вы точно ее знаете. В противном случае выберите вариант «Я не знаю») *

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <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"/> Я не знаю |

EuroImmун

Проходили ли Вы другие тесты на антитела? *

- Да
 Нет

Какой был результат? *

- Положительный на IgG и IgM
 Положительный только на IgM
 Положительный только на IgG
 Не знаю точный тип, но результат теста был положительным.
 Отрицательный

Если результат был положительным и были указаны титры, укажите значение титров для IgM. *

Если результат был положительным и были указаны титры, укажите значение титров для IgG. *

Укажите способ забора материала. *

- Взятие крови из вены
- Взятие крови из пальца

Укажите дату теста (если Вы не помните точную дату, укажите примерную). *

	Месяц	День	Год
Выберите:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Вы указали примерную дату?

- Это была примерная дата

Укажите производителя теста. (Пожалуйста, укажите эту информацию, только если Вы точно ее знаете. В противном случае выберите вариант «Я не знаю») *

- Abbott
- Roche
- Mt. Sinai
- EuroImmune
- Ortho-Clinical Diagnostics Vitros
- DiaSorin
- Я не знаю

Symptoms

Испытывали ли Вы какие-либо **симптомы, связанные с**

памятью, с момента начала заболевания COVID-19? *

Испытывали ли Вы какие-либо **симптомы, связанные с памятью** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных симптомов Вы испытывали после начала заболевания COVID-19? *

- Проблемы с кратковременной памятью (около 30 секунд, например, запомнить номер телефона, пока его записываете, или забыть, что Вы находитесь в середине выполнения какой-либо задачи)
- Проблемы с долговременной памятью (например, события, которые происходили вчера, забыть, что какая-то задача уже была выполнена, какую-то недавно выученную информацию или что происходило с Вами в начальной школе)
- Трудности запоминания новой информации
- Трудности вспомнить, как выполнять рутинные задачи (завязывать шнурки, мыть руки)
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Когда Вас беспокоили эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если какие-то симптомы

беспокоили Вас меньше недели или месяца, пожалуйста, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5
Симптомы, связанные с памятью	<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

Беспокоило ли Вас состояние, которое можно описать, как «затуманенное сознание» (трудности сосредоточиться, мыслить ясно, планировать, понимать информацию; ощущение, что мыслите слишком медленно или слишком быстро) с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных симптомов затуманенного сознания/ когнитивного снижения Вас беспокоили с момента начала заболевания COVID-19? *

- Трудности планировать, организовывать поведение, выполнять сложные последовательности действий, мыслить абстрактными категориями
- Агнозия (невозможность узнать или идентифицировать объект, несмотря на отсутствие проблем со зрением, слухом и др.)
- Трудности принятия решений или решения задач
- Трудности думать и размышлять

- Мысли как будто бы убыстрены
- Мысли как будто бы замедлены
- Трудности сосредоточения или поддержания внимания
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Когда Вас беспокоили эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если заболевание началось не более недели/месяца назад, оставьте пустым). Даже если симптомы беспокоили меньше недели/месяца, укажите это

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4
Затуманенное сознание / когнитивное функционирование	<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

Испытывали ли Вы затруднения или полную невозможность делать что-то из перечисленного ниже из-за **проблем с памятью или затуманенного сознания** (включая проблемы с вниманием, когнитивным снижением) ? *

Полностью невозможно выполнять	Возможно выполнять с серьезными затруднениями	Возможно выполнять с небольшими затруднениями
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Водить автомобиль

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Присматривать за детьми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Готовить или использовать предметы, которые нагреваются	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Есть	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Принимать душ/ванну регулярно	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Полностью невозможно выполнять	Возможно выполнять с серьезными затруднениями	Возможно выполнять с небольшими затруднениями
--------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

Принимать важные решения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Покидать дом и возвращаться, не заблудившись	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Точно помнить текущий месяц и год	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Общаться с другими людьми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Принимать предписанные лекарства (забывать принимать вовремя или забывать, что уже приняли лекарство)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Полностью невозможно выполнять	Возможно выполнять с серьезными затруднениями	Возможно выполнять с небольшими затруднениями
--------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

Работать	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Следовать простым указаниям	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Следовать за ходом своих мыслей и потребностей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Другое

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

Полностью	Возможно выполнять с	Возможно выполнять
-----------	----------------------	--------------------

невозможно
выполнять

серьезными
затруднениями

небольшими
затруднениями

Опционально: Если еще какие-либо аспекты Вашей жизни были затронуты проблемами, связанными с памятью или затуманенным сознанием, пожалуйста, укажите их здесь. Также, пожалуйста, уточните степень возникших затруднений - слабые, умеренные или сильные.

Опционально: Пожалуйста, используйте это поле, чтобы описать примеры затуманенного сознания, проблем с памятью и вниманием.

Не включайте информацию, которая может идентифицировать Вас (имена, местоположение, названия).

Emotional/Behavioral Changes

Эмоциональные и поведенческие изменения

Сравнивая с тем, как Вы себя чувствовали до COVID, возросло ли какое-либо из перечисленных ниже состояний? *

- Трудности контроля над эмоциями
- Трудности торможения (контроля поведения)
- Раздражительность
- Злость
- Импульсивность
- Агрессивность
- Эйфория (чувство или состояние интенсивного счастья и волнения)
- Иллюзии
- Депрессия
- Апатия (снижение интереса, силы эмоциональных переживаний)
- Суицидальность
- Скачки настроения
- Тревога
- Мания (ненормально приподнятое настроение, уменьшенная потребность в сне, иногда с возникновением иллюзий)
- Гипомания (ослабленная форма мании)
- Плаксивость
- Чувство безысходности
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Опционально: Опишите примеры эмоциональных изменений, которые происходили во время болезни.

Не включайте информацию, которая может идентифицировать

Вас (имена, местоположение, названия).

Опционально: Если какие-либо из этих состояний беспокоили Вас до инфицирования COVID, пожалуйста, опишите, как они изменились **после** инфицирования COVID.

Не включайте информацию, которая может идентифицировать Вас (имена, местоположение, названия).

Speech and Other Language Issues

Изменения речи

Испытывали ли Вы затруднения, связанные с **речью, языком** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
- Нет

Какие из перечисленных симптомов речевых затруднений Вы испытывали во время Вашего заболевания COVID-19? *

- Трудности подбора слов при письме/разговоре
- Трудности вербальной коммуникации
- Трудности формирования сложных предложений
- В разговоре мои слова были неузнаваемыми
- Трудности письменной коммуникации
- Трудности понимания речи других
- Трудности понимания при чтении текстов
- (Если применимо) Опишите изменения, затронувшие Ваш неродной (второй/третий) язык, которым Вы владеете
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если применимо). Даже если симптомы беспокоили менее недели/месяца, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5
Изменения речи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Вы говорите на нескольких языках? *

- Да
- Нет

Опционально: Используйте это поле для описания примеров изменений речи, включая говорение, письмо, чтение, понимание речи других. Вы можете включить сюда также симптомы, которых не было в прошлом списке. Например, если Вы владеете несколькими языками и заметили различного рода изменения в Вашем родном и неродном языке.

Headaches

Головные боли

Беспокоили ли Вас появившиеся **головные боли** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных симптомов Вы испытывали с момента начала COVID-19? *

- Головные боли в основании черепа
 Головные боли в височной области (висках)

- Головные боли в области за ушами
- Диффузные головные боли (распространенные по всей голове)
- Головные боли после умственной нагрузки
- Другие головные боли
- Ощущение, что голова "в огне"
- Ощущение сдавливания, давящие головные боли
- Мигрени
- Скованность мышц шеи
- Ничего из вышеперечисленного

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если применимо). Даже если Вы испытывали симптомы меньше недели/месяца, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5
Головные боли	<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

Ощущения вкуса и запаха

Испытывали ли Вы изменения **ощущения вкуса или запаха** с момента начала заболевания COVID-19? *

Да

Нет

Какие из описанных ниже симптомов Вы испытывали с момента начала заболевания COVID-19? *

- Потеря обоняния
- Фантомные запахи (ощущение запаха в отсутствие объекта)
- Усилившееся обоняние
- Искажения вкусовой чувствительности
- Потеря ощущения вкуса
- Фантомные вкусовые ощущения (вкус в отсутствие объекта)
- Усилившаяся вкусовая чувствительность
- Искажения обоняния
- Ничего из вышеперечисленного

Когда Вас беспокоили эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если применимо). Даже если какие-то симптомы беспокоили Вас меньше недели или месяца, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4
Изменения вкусовой чувствительности и обоняния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы испытывали фантомные запахи, пожалуйста, опишите их:

Если Вы испытывали фантомные вкусовые ощущения, пожалуйста, опишите их:

Tremors and Vibrating Sensations

Тремор и ощущения вибрации

Испытывали ли Вы **тремор или ощущения вибрации** с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

Тремор: Непроизвольное, ритмическое сокращение мышц, которое приводит к дрожанию одной или более частей тела

Ощущения вибрации: Ощущение «зуда» внутри мышц, пальцев, ног, как будто части тела дрожат изнутри но при этом они не двигаются

- Да
- Нет

Какие из перечисленных симптомов Вы испытывали с момента начала заболевания COVID-19? *

- Тремор
- Ощущения вибрации

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Отметьте, пожалуйста, для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если применимо). Даже если какие-то симптомы беспокоили Вас меньше недели или месяца, укажите их.

	Неприменимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Тремор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ощущения вибрации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Пожалуйста, опишите здесь примеры этих ощущений.

Не указывайте информацию, которая может идентифицировать Вас (имена, местоположение).



Sleeping issues

Проблемы со сном

Испытывали ли Вы какие-либо **проблемы со сном** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных ниже проблем со сном появились у Вас с момента начала заболевания COVID-19? *

- Осознанные сновидения (осознавание себя во сне, что Вы спите, или ощущение контроля над сюжетом сновидения)
- Яркие реалистичные сновидения
- Ночные кошмары
- Бессоница
- Ночная потливость
- Синдром беспокойных ног
- Пробуждение из-за ощущения, что стало невозможно дышать
- Сонное апноэ

Другое

Когда Вы начали испытывать эти симптомы? *

Отметьте симптомы для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если применимо). Даже если Вы испытывали какие-то симптомы меньше недели или месяца, укажите их.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Бессонница	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сонное апноэ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие симптомы, связанные со сном	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вас беспокоила/беспокоит бессонница, что из нижеперечисленного лучше всего описывает Ваше состояние? *

- Трудности засыпания
- Трудности раннего пробуждения по утрам
- Частое пробуждение ночью
- Ничего из вышеперечисленного

Что является/являлось причиной Вашей бессонницы? *

- Боль

- Чувствительность к свету/шуму
- Другой физический дискомфорт
- Тревога/депрессия/навязчивые мысли
- Трудности с дыханием
- Ощущение прилива энергии
- Ощущение, как будто вирус не дает уснуть
- Другое

Hallucinations

Галлюцинации

Возникали ли у Вас **галлюцинации** (зрительные, слуховые или тактильные) с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

- Да
- Нет

Какие из перечисленных галлюцинаций возникали у Вас с момента начала заболевания COVID-19? *

- Зрительные (появление образов) галлюцинации
- Слуховые (возникновение звуков) галлюцинации
- Тактильные (чувство прикосновения, осязания) галлюцинации
- Другое

Когда Вы начали испытывать эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если продолжительность заболевания еще не достигла недели или месяца, оставьте поле пустым). Даже если симптом беспокоил Вас меньше недели или месяца, укажите его.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	М
Галлюцинации	<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

Слабость, онемение, покалывание, зябкость и другие ощущения

Какие из перечисленных **неврологических телесных сенсаций** Вы испытывали с момента начала заболевания COVID-19? *

Пожалуйста, укажите в текстовом поле, в какой именно части тела/конечности возникало ощущение. Если таких мест было несколько, перечислите их через запятую.

Кожные: жжение, покалывание или зуд без сыпи

Онемение / потеря чувствительности

- Онемение / потеря чувствительности только на одной стороне тела
- Ощущение холода
- Покалывание, пощипывание, ощущение "иголок под кожей"
- Ощущение "электрического разряда"
- Паралич лицевых мышц (уточните, каких)
- Ощущение давления/онемения на левой стороне лица
- Ощущение давления/онемения на правой стороне лица
- Ощущение давления/онемения лица, другое
- Слабость
- Ничего из вышеперечисленного

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если Вы испытывали какие-то симптомы меньше недели или месяца, пожалуйста, укажите их.

Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
-----------------	---------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------	------------

Все
телесные
сенсации
(ощущения)

Temperature Issues

Температура

Возникали ли у Вас **проблемы, связанные с температурой тела** (включая непереносимость жары, озноб, повышение/понижение температуры) с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Беспокоили ли Вас какие-либо из нижеперечисленных **проблем, связанных с температурой тела** с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

- Скачки температуры (возникновение жара или резкое повышение температуры и возвращение к норме)
 Непереносимость жары
 Другие проблемы, связанные с температурой

Если Вас беспокоили симптомы, связанные с температурой,

когда Вы их испытывали? *

Пожалуйста, отметьте симптомы для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если какие-то начали беспокоить только сейчас и еще не более недели/месяца, оставьте поле пустым). Даже если Вы испытывали симптомы меньше недели или месяца, пожалуйста, укажите их.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Повышенная температура (37.1-37.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жар (38 градусов и выше)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пониженная температура	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Озноб/ приливы/ потливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие симптомы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вас беспокоила низкая температура, укажите минимальное значение (только число).

Если Вас беспокоила высокая температура, укажите максимальное значение (только число).



Cardiovascular Symptoms

Сердечно-сосудистые симптомы

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Укажите симптомы для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**, даже если Вы испытывали их меньше недели или месяца.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Тахикардия (учащенное сердцебиение, более 90 ударов в минуту)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Брадикардия (уреженное сердцебиение, менее 60 ударов в минуту)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Трепетания (ощущение / осознавание каждого удара сердца; ощущение сильного стука сердца или что сердце пропускает удары)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ненормально высокое артериальное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ненормально низкое артериальное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Воспаленные/ выступающие вены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обмороки, потеря сознания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тромбы (Тромбоз)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если у Вас была тахикардия и Вам удалось зарегистрировать частоту сердечных сокращений, какой была максимальная частота в покое?

Если у Вас была тахикардия и Вам удалось зарегистрировать частоту сердечных сокращений, какой была максимальная

ЧАСТОТА при физической нагрузке ?

Если у Вас была тахикардия, частота сердечных сокращений после перехода из сидячего в стоячее положение была выше ?

- Да, была выше, когда я вставал(а)
- Нет, была выше, когда я сидел(а)
- Была примерно той же самой и сидя, и стоя

Если у Вас была тахикардия и Вам удалось зарегистрировать частоту сердечных сокращений, насколько менялась частота сердечных сокращений при переходе из лежачего положения в стоячее?

All Other Symptoms - Timecourse

В этом разделе собраны группы вопросов по различным симптомам (**Общие расстройства, симптомы, связанные с работой желудочно-кишечного тракта, симптомы, связанные с работой дыхательной системы, слуховой и зрительной систем, урогенитальной системы, кожные симптомы, проявления аллергии, мышечно-суставные симптомы**)

Проявлялись ли у Вас эти симптомы и, если да, то когда? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если Вы испытывали какие-то из симптомов меньше недели/месяца, отметьте их. **Если никакие из этих симптомов Вас не беспокоили, отметьте соответствующий пункт ("Никакие из перечисленных симптомов не применимы") в конце блока.**

Общие расстройства

Никакие из перечисленных симптомов общих расстройств не применимы

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если Вы испытывали какие-то симптомы меньше недели/месяца, отметьте их.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2
Головокружение/ вертиго/трудности удержания равновесия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Невралгия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Судороги, судорожные приступы (подтвержденные)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Судороги,
судорожные
приступы
(неподтвержденные)

Эпизоды нарушений
дыхания/удушья,
когда насыщение
кислородом
(сатурация) было в
норме

Низкий уровень
кислорода
(сатурация) <94%

Новые/неожиданные
анафилактические
реакции

Острый приступ
дезориентации/
спутанности
сознания

Невнятная речь

Высокий уровень
сахара в крови
(подтвержденный
измерениями)

Низкий уровень
сахара в крови
(подтвержденный
измерениями)

Симптомы, связанные с работой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

Никакие из перечисленных симптомов, связанных с ЖКТ, не применимы

Симптомы, связанные с работой желудочно-кишечного тракта

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2
Запор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диарея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рвота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тошнота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потеря аппетита	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гастроэзофагеальный рефлюкс / кислотный рефлюкс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Симптомы, связанные с работой дыхательной системы

Никакие из перечисленных симптомов, связанных с работой дыхательной системы, не применимы

Симптомы, связанные с работой дыхательной системы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4
Сухой кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Мокрый" кашель, кашель с отделением мокроты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кашель с кровью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Давление в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чихание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Насморк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль/жжение в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хрипы при дыхании	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль в горле	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Симптомы, связанные с работой слуховой системы

Никакие из перечисленных симптомов, связанных с работой слуховой системы, не применимы

Симптомы, связанные с работой слуховой системы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	M
Потеря слуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тиннитус (звон в ушах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Другие симптомы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Симптомы, связанные с работой зрительной системы

Никакие из перечисленных симптомов, связанных с работой зрительной системы, не применимы

Симптомы, связанные с работой зрительной системы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	М
Симптомы, связанные со зрением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие глазные симптомы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Урогенитальные симптомы

Никакие из перечисленных урогенитальных симптомов не применимы

Урогенитальные симптомы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	М
Симптомы, связанные с менструальным циклом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с контролем мочевого пузыря	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Кожные симптомы, аллергические проявления

Никакие из перечисленных кожных симптомов и проявлений аллергии не применимы

Кожные симптомы, аллергические проявления

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4
Шелушение кожи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Петехии (мелкие фиолетовые, красные или коричневые точки на коже, обычно на руках, ногах, животе, крайне редко - на веках или слизистой рта)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пальцы ног, характерные для COVID (Изменение цвета, отек, болезненность пальцев ног или появление на них волдырей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дерматография (появление красных линий после расчесывания места на коже)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Новые аллергии (пищевые, бытовые и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сыпь на коже	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Мышечные и суставные симптомы

Никакие из перечисленных проблем с мышцами и суставами не применимы

Проблемы с мышцами и суставами

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	М
Мышечные спазмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Боли в мышцах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Боли в суставах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Боли или жжение в костях	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

All Other Symptoms - Checkbox

Другие симптомы

Испытывали ли Вы какие-либо из перечисленных симптомов с начала Вашего заболевания COVID-19? *

(Выберите все варианты, которые применимы)

- Невозможность заплакать
- Невозможность зевать
- Ком в горле/трудности глотания
- Изменения голоса
- Кашель с кровью
- Ощущение нереальности собственного тела / как будто смотришь на себя со стороны (деперсонализация)
- Ощущение нереальности окружающего мира (дереализация)
- Сильная жажда
- Ничего из перечисленного

Слуховая система

- Боль в ухе/ушах
- Изменения в слуховом проходе (такие как давление, жжение, отек)
- Онемение/потеря чувствительности
- Повышенная чувствительность к шуму
- Другие проблемы, связанные со слуховой системой
- Ничего из перечисленного

Зрительная система

- Размытое зрение
- Двоение
- Повышенная чувствительность к свету
- Туннельное зрение
- Полная потеря зрения
- Ощущение боли или давления в глазу/глазах
- Конъюнктивит
- Интенсивная краснота ("лопнувший сосуд", субконъюнктивальное кровоизлияние)
- Сухость глаза/глаз
- Покраснение с внешней стороны глаза
- "Мушки" перед глазами
- Появление посторонних объектов на периферии поля зрения
- Другие глазные симптомы
- Ничего из перечисленного

Урогенитальные и репродуктивные симптомы

- Ранняя менопауза
- Постменопаузальные кровотечения
- Ненормально интенсивная менструация (со сгустками крови)
- Ненормально нерегулярный менструальный цикл
- Другие симптомы, связанные с менструацией/менструальным циклом

- Уменьшение размера яичек/пениса
- Боль в яичках
- Другие симптомы, связанные с пенисом/яичками/спермой

- Изменения в сексуальной жизни (трудности поддержания эрекции, вагинальная сухость, трудности достижения оргазма)
- Другие урогенитальные симптомы
- Ничего из перечисленного

Симптомы ЖКТ

- Быстро наступающее чувство насыщения во время приема пищи
- Боль в животе
- Гиперактивные ощущения сокращения (перистальтики) кишечника
- Ничего из перечисленного

Кожные симптомы, аллергии

- Новые аллергии (пищевые, бытовые и т.п.)
- Усиление уже имевшихся аллергических реакций
- Кожный зуд
- Зудящие глаза
- Зуд, другое
- Обесцвеченность, ломкость ногтей
- Опоясывающий лишай
- Ничего из перечисленного

Symptom Course

Насколько сильными являлись/являются проявления симптомов в течение **недель/месяцев**? *

Если изменения интенсивности симптомов происходили несколько раз, укажите для самого сильного.

	Отсутствие симптомов	Очень слабые	Слабые	Умеренные	Сильные	Очень сильные
Неделя 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неделя 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неделя 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неделя 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Отсутствие симптомов	Очень слабые	Слабые	Умеренные	Сильные	Очень сильные
Месяц 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Месяц 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 7+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Отсутствие симптомов	Очень слабые	Слабые	Умеренные	Сильные	Очень сильные

Какие из приведенных описаний наиболее точно описывают картину обострений Ваших симптомов и общую картину развития болезни? Выберите все варианты, которые применимы: *

- Обострений не было / еще не было
- Обострения были регулярными (каждые несколько дней, еженедельно, ежемесячно и т.п.)
- Обострения были нерегулярными
- Обострения имели триггер - пусковой фактор (стресс, прием алкоголя, физические нагрузки и др.)
- Обострения становятся короче/менее интенсивными со временем
- Обострения становятся длиннее/тяжелее со временем
- Интенсивность обострений остается примерно одинаковой
- В целом, симптомы постепенно уменьшались (состояние улучшалось) со временем
- В целом, симптомы постепенно уменьшались со временем
- В целом, симптомы постепенно уменьшались со временем
- Произошло быстрое ухудшение
- Произошло быстрое улучшение
- Другое

Что из перечисленного являлось триггером (пусковым фактором) ухудшения симптомов или обострения? Пожалуйста, выберите

все подходящие варианты: *

- Стресс
- Алкоголь
- Кофеин
- Жара
- Менструация
- Неделя перед менструацией
- Занятия спортом
- Физическая активность
- Умственная активность
- Другое

Как Вы бы оценили свое текущее состояние по шкале 0-100%
(где 100% Ваше состояние до COVID)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
%

Symptom Severity

Перечислите, по крайней мере **три симптома**, которые были наиболее изнурительными в период восстановления.

По шкале 0-10, насколько интенсивными они были? (0 - не беспокоили, 10 - были очень изнуряющими).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Симптом 1 *

Симптом 2 *

Симптом 3 *

Симптом 4

Симптом 5

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

Дискомфорт после нагрузки

Ухудшение или обострение симптомов после физической и/или умственной активности

Во время Вашего восстановления после COVID-19, наступало ли ухудшение симптомов или их обострение после физической или умственной активности? *

- Да
- Нет

Насколько сильным в среднем было ухудшение/обострение симптомов? Выберите 0, если Вы не испытывали подобного. *

	Отсутствие дискомфорта после нагрузки			Умеренный дискомфорт после нагрузки			Сильный дискомфорт после нагрузки				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Физическая активность											<input type="text"/>
Умственная активность											<input type="text"/>

Если Вы испытывали ухудшение симптомов или обострение после **физической** нагрузки, когда именно наступало ухудшение/обострение? *

- Сразу
- В тот же день, через несколько часов
- На следующий день
- Спустя несколько дней
- По-разному
- Не испытывал(а) ухудшения/обострения после физической нагрузки

Если Вы испытывали ухудшение симптомов или обострение

после **умственной** активности, когда именно оно наступало? *

- Сразу
- В тот же день, через несколько часов
- На следующий день
- Спустя несколько дней
- По-разному
- Не испытывал(а) ухудшения/обострения после умственной нагрузки/активности

Сколько длилось обострение/ухудшение симптомов, вызванное умственной/физической нагрузкой? *

- Несколько часов
- Несколько дней
- Несколько недель
- Другое

(Опционально) Пожалуйста, укажите дополнительную информацию о состоянии усталости, вызванной физической или умственной нагрузкой. Например, Вы можете указать виды активности, которые провоцировали это состояние чаще всего (например, ходьба, упражнения на растяжку, чтение, просмотр фильмов и др.).

Когда Вас беспокоили эти симптомы? *

Отметьте для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**.
Даже если какие-то симптомы продолжались меньше недели или месяца, все равно укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5
Ухудшение/ обострение симптомов после физической или умственной нагрузки	<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

Усталость

Следующие десять определений нужно использовать, чтобы оценить Ваше состояние на **текущей** стадии выздоровления от COVID-19 (за последнюю неделю). **Пожалуйста, ответьте на каждое приведенное определение, даже если оно не описывает точно Ваше состояние.** *

	Никогда	Иногда	Регулярно	Часто	Всегда
Меня беспокоит усталость	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Я очень быстро утомляюсь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я не очень много делаю намеченных дел в течение дня	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У меня хватает энергии для повседневных дел	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я чувствую себя физически утомленным(ой)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Никогда	Иногда	Регулярно	Часто	Всегда
Мне трудно начинать что-то делать	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мне трудно мыслить ясно	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
У меня нет желания чем-то заниматься	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я чувствую себя умственно утомленным(ой)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Когда я чем-то занят(а), я могу легко сосредоточиться	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

По сравнению с Вашим состоянием до COVID-19, как бы Вы описали состояние усталости **во время** восстановления от COVID ? *

- Сильнее, чем до COVID
- Умеренно сильнее, чем до COVID
- Слегка сильнее, чем до COVID
- Так же, как и до COVID

Меньше, чем до COVID

Сколько часов в среднем занимает у Вас ДНЕВНОЙ отдых сейчас, во время восстановления от COVID-19 ? (Дневной отдых - время расслабления, когда Вы не занимаетесь рабочими или домашними делами). **Это не включает дневной сон или дремоту.** *

- Меньше, чем 2 часа в день
- 2-4 часа
- 4-6 часов
- 6-8 часов
- Больше 8 часов в день

Если усталость - характерный симптом, когда она появилась? *

Отметьте для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если этот симптом беспокоил меньше недели или месяца, укажите его.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	M
Усталость	<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

Изменения чувствительности к медикаментам и другим химическим препаратам

Наблюдали ли Вы появление у себя чувствительности к определенным медикаментам или другим препаратам? *

- Да
 Нет

К каким медикаментам или препаратам? Если таких было несколько, укажите их через запятую.

Если это медикамент, для чего Вы его принимаете?

Опишите изменения, которые Вы наблюдали:

General Functioning

В целом, Вы бы описали свое состояние здоровья ДО COVID

как: *

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Среднее
- Плохое

В целом, Вы бы описали свое текущее состояние здоровья как: *

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Среднее
- Плохое

Накладывает ли Ваше текущее состояние здоровья ограничения на Вашу способность подниматься по лестницам, особенно несколько пролетов? *

- Да, очень сильно
- Да, умеренно
- Нет, совсем нет

Накладывает ли Ваше текущее состояние здоровья ограничения на Вашу способность пройти пешком один квартал? *

- Да, очень сильно
- Да, умеренно

Нет, совсем нет

Накладывает ли Ваше текущее состояние здоровья ограничения на Вашу способность самостоятельно одеваться и принимать ванну? *

Да, очень сильно

Да, умеренно

Нет, совсем нет

В течение последних 4 недель испытывали ли Вы какие-либо из описанных затруднений в выполнении рабочих или домашних дел из-за **физического состояния**? (выберите все варианты, которые применимы) *

Достиг(ла), выполнил(а) меньше, чем было запланировано

Испытывал(а) существенные ограничения в выполнении рабочих и других дел

Не испытывал(а) затруднений

В течение последних 4 недель испытывали ли Вы какие-либо из описанных затруднений в выполнении рабочих или домашних дел из-за **эмоционального состояния**? (выберите все варианты, которые применимы) *

Достиг(ла), выполнил(а) меньше, чем было запланировано

Испытывал(а) существенные ограничения в выполнении рабочих и других дел

Не испытывал(а) затруднений

Mental Health

Симптомы, связанные с психическим здоровьем

Вы можете выбрать не отвечать на перечисленные вопросы в этой категории.

Если Вы испытываете суицидальные мысли, эти горячие линии поддержки доступны 24/7:

США: 1-800-273-8255 (для СМС-сообщений: отправьте TALK на741741)

Великобритания: 116 123

Нидерланды: 0800 0113

Канада: 833-456-4566

Больше информации здесь [по горячим линиям](#), доступным в Вашей стране

До Вашего заболевания COVID-19 был ли Вам поставлен диагноз, связанный с психическим здоровьем (например, депрессия, тревога, паническое расстройство и др.)?

- Да
 Нет

Считаете ли Вы, что у Вас могло быть или есть в настоящий момент недиагностированное расстройство?

- Да
 Нет

Если Вы ответили "да" на предыдущий вопрос, что из перечисленного Вы испытывали (выберите все, что применимо)?

- Депрессия
- Биполярное расстройство
- Тревожное расстройство
- Синдром зависимости
- Расстройство пищевого поведения
- Расстройство личности
- Острое психотическое расстройство
- Делирий
- ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство)
- Другое

Для каждого из состояний, если применимо, укажите:

	Не применимо	Без изменений во время COVID-19	Манифестировало во время COVID-19	Значительно ухудшилось во время COVID-19
Депрессия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Биполярное расстройство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тревожное расстройство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Синдром зависимости	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Расстройство пищевого поведения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Расстройство личности	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Острое психотическое расстройство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Делирий	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другое	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>				

Опционально: опишите, как данные состояния переживались или же затронули Вас во время COVID-19.

Depressive Symptoms

За последние 2 недели беспокоило ли Вас что-либо из перечисленного?

	Совсем нет	Несколько дней	Больше, чем половину недели	Практически каждый день
Падение интереса или удовольствия заниматься привычными вещами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Чувство подавленности, депрессии или безнадежности	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Трудности засыпания или слишком долгий сон	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Чувство усталости,
недостатка энергии

Совсем нет

Несколько
дней

Больше, чем
половину
недели

Практически
каждый день

Чувство
разочарования по
отношению к себе,
ощущение, что
собственные
действия только
подводят семью,
подчеркивает
собственную
неудачливость

Уменьшение
скорости речи и
движений -
настолько, что это
замечают
окружающие люди,
или наоборот:
увеличение
скорости речи и
движений

Мысли о том, чтобы
навредить себе

Совсем нет

Несколько
дней

Больше, чем
половину
недели

Практически
каждый день

Если Вы выбрали хотя бы одну проблему из перечисленных, насколько сильно они влияют на вашу повседневную активность, рабочие и домашние дела, коммуникацию с другими людьми?

- Совсем не усложняет
- Немного усложняет
- Сильно усложняет
- Очень усложняет

Опционально: опишите более детально Ваш опыт.

Anxiety Symptoms

Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы?

	Совсем нет	Несколько дней	Больше, чем половину недели	Практически каждый день
Чувство тревоги, раздражения, беспокойства	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неспособность остановить или контролировать беспокойство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Очень сильное беспокойство о многих вещах	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Трудности расслабления	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Совсем нет	Несколько дней	Больше, чем половину недели	Практически каждый день
Настолько сильное беспокойство, что невозможно сидеть спокойно на месте	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Быстро возникающее раздражение	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Страх, что случится
что-то ужасное



Совсем нет

Несколько
дней

Больше, чем
половину
недели

Практически
каждый день

Если Вы выбрали хотя бы одну проблему из перечисленных, насколько сильно они влияют на вашу повседневную активность, рабочие и домашние дела, коммуникацию с другими людьми?

- Совсем не усложняет
- Немного усложняет
- Сильно усложняет
- Очень усложняет

Опционально: опишите более детально Ваш опыт.

Suicidal Thoughts

Если у Вас появляются суицидальные мысли, обратитесь за помощью по горячей линии поддержки 24/7:

США: 1-800-273-8255 (для СМС: отправьте TALK на 741741)

Великобритания: 116 123

Нидерланды: 0800 0113

Канада: 833-456-4566

Найти [горячие линии поддержки](#) в Вашей стране можно [здесь](#)

В любой момент пандемии COVID-19 было ли характерным для Вас следующее:

- Желание умереть или уснуть и не проснуться
- Мысли о самоубийстве
- Мысли о том, чтобы навредить себе
- Акты самоповреждения
- Не было мыслей о суициде
- Другое

Psychiatric Medication

Принимали ли Вы рецептурные лекарственные препараты, применяемые в психиатрии, во время выздоровления?

- Да
- Нет

В любой момент во время пандемии COVID-19 изменяли ли Вам схему приема этих лекарственных средств?

- Да, изменение дозировки для препарата, который я уже принимал(а)

- Да, были выписаны новые препараты
 Нет, я принимал(а) те же лекарства в той же дозировке
 Нет, мне не были прописаны лекарства

Если Вам были прописаны НОВЫЕ препараты, укажите, какие?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Антидепрессант (не Бупропион) | <input type="checkbox"/> Мелатонин против нарушений сна |
| <input type="checkbox"/> Веллбутрин (Бупропион) | <input type="checkbox"/> Стабилизатор настроения (литий, вальпроевая кислота, топирамат и др.) |
| <input type="checkbox"/> Бензодиазепин (противотревожные) | <input type="checkbox"/> Стимулятор |
| <input type="checkbox"/> Антипсихотик | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Золпидем, зопиклон, залеплон (лекарства от нарушений сна) | <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |

Если Вы принимали хотя бы одно лекарственное средство, укажите, как оно повлияло на Ваше состояние. (Ответьте для всех, если применимо)

	Значительно улучшило	Умеренно улучшило	Слегка улучшило	Практически не изменило
Антидепрессант (СИОЗС, Веллбутрин и др.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Бензодиазепин (противотревожные)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Антипсихотик	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Золпидем, зопиклон, залеплон
(лекарства от нарушений сна)

Значительно
улучшило

Умеренно
улучшило

Слегка
улучшило

Практически
не изменило

Мелатонин против нарушений
сна

Стабилизатор настроения
(литий, вальпроевая кислота,
топирамат и др.)

Стимулятор

Другое

Значительно
улучшило

Умеренно
улучшило

Слегка
улучшило

Практически
не изменило

Если Вам требовалось психиатрическое лечение во время
COVID-19, укажите все варианты, которые применимы:

- Я проходил(а) лечение у моего участкового врача (врача общей практики)
- Я проходил(а) лечение у моего лечащего врача-психиатра
- Я проходил(а) лечение, обратившись к новому лечащему врачу-психиатру
- Мне не удалось получить необходимое лечение

Если Вам не удалось получить необходимое лечение, что из
перечисленного послужило фактором?

- Стоимость
- Отсутствие доступа к телемедицине

- Врач, к которому требовалось обратиться, не принял меня по моей страховке
- Врач, к которому требовалось обратиться, не мог организовать прием дистанционно (с помощью телемедицины)
- Другое

Coping

В каких мероприятиях по улучшению психического и физического состояния Вы принимали участие, чтобы помочь себе? (выберите все применимые к Вашей ситуации варианты)

- Онлайн-группы поддержки по COVID-19
- Онлайн-группы поддержки не по COVID-19
- Терапия
- Йога
- Кардиоупражнения
- Медитация
- Ничего из вышеперечисленного

Если Вы посещали онлайн-группу поддержки по COVID-19, какой эффект это оказало на Ваше психологическое благополучие?

- Значительно улучшило
- Умеренно улучшило
- Не было эффекта
- Умеренно ухудшило
- Значительно ухудшило

Согласны ли Вы со следующим утверждением: "Мне не верил мой врач / несколько врачей, к которым я обращался(ась)"?

- Полностью согласен(на)
- Согласен(на)
- Скорее согласен(на)
- Частично согласен(на)
- Скорее не согласен(на)
- Не согласен(на)
- Полностью не согласен(на)

Опционально: опишите, как участие в онлайн-группе поддержки повлияло на Ваше психологическое благополучие.

Необходимость физически изолироваться от окружающих:

- Оказала сильное негативное влияние на мое психическое состояние
- Оказала негативное влияние на мое психическое состояние
- Не оказала влияния на мое психическое состояние
- Оказала положительное влияние на мое психическое состояние
- Оказала сильное положительное влияние на мое психическое состояние
- Мне не пришлось физически изолироваться от окружающих

Опционально: оцените эффективность 28 методов борьбы со стрессом, приведенных ниже.

	Я не делал(а) ничего из перечисленного	Немного делал(а)	Умеренно делал(а)	Часто делал(а)
Я уходил(а) в работу или другие занятия, чтобы отвлечься	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я концентрировался(лась) на том, чтобы сделать что-то с текущей ситуацией, в которой я оказался(лась)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я говорил(а) себе "это не вправду, не реально"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я прибегал(а) к алкоголю или другим психоактивным веществам, чтобы почувствовать себя лучше	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я обращался(лась) за эмоциональной поддержкой к другим	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я сдался(лась), пытаюсь справиться с этой ситуацией	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я пробовал(а) занять активную позицию, чтобы улучшить текущую ситуацию	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Я не делал(а) ничего из перечисленного	Немного делал(а)	Умеренно делал(а)	Часто делал(а)
Я пытался(лась) отрицать, что это произошло	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Я избавлялся(лась) от своих негативных переживаний, говоря различные вещи

Я пытался(лась) получить помощь или совет от других людей

Я пытался(лась) видеть все в другом свете, более положительно

Я критиковал(а) себя

Я пытался(лась) разработать стратегию, как справиться с ситуацией

Я получал(а) поддержку и понимание от кого-то

Я не делал(а) ничего из перечисленного Немного делал(а) Умеренно делал(а) Часто делал(а)

Я перестал(а) предпринимать попытки справляться с ситуацией

Я пытался(лась) видеть что-то хорошее в том, что происходит

Я шутил(а) на тему происходящего

Я пытался(лась) отвлекаться, чтобы не думать о происходящем (смотреть фильмы, телевизор, читать, мечтать, ходить по магазинам)

Я пытался(лась) принять как данность, что это происходит

Я активно выражал(а)
мои негативные
переживания

Я пытался(лась) найти
утешение в моих
религиозных
верованиях/практиках

Я не делал(а)
ничего из
перечисленного

Немного
делал(а)

Умеренно
делал(а)

Часто
делал(а)

Я пытался(лась)
получить помощь от
других людей или
совет, что же делать

Я пытался(лась)
научиться с этим жить

Я подолгу
раздумывал(а), что
нужно предпринять

Я обвинял(а) себя в
том, что произошло

Я молился(лась) или
медитировал(а)

Я высмеивал(а)
ситуацию

Я не делал(а)
ничего из
перечисленного

Немного
делал(а)

Умеренно
делал(а)

Часто
делал(а)

Здесь Вы можете поделиться своим опытом относительно стратегий борьбы со стрессом.

Structural Support

Как бы Вы описали степень поддержки (или ее отсутствия) от следующих групп людей?

	Травматическое отношение	Пренебрежительное отношение	Скептически отношение
Медицинские работники	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Друзья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Партнер/супруг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Семья (не партнер/супруг)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Руководитель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Опционально: по желанию, опишите опыт поддержки или ее отсутствия во время Вашего заболевания.

Какой из приведенных сценариев наиболее точно описывал Вашу ситуацию во время заболевания?

- Я жил(а) один, и у меня было все необходимое для того, чтобы позаботиться о себе

- Я жил(а) один, и мне была нужна помощь, которую я не смог(ла) получить
- Я жил(а) с кем-либо, и они обо мне заботились
- Я жил(а) с кем-либо, и мне была нужна помощь, которую я не смог(ла) получить
- Другое

Если Вы находились на изоляции, вне зависимости от того, на одной ли территории с другими людьми, выберите, какой из перечисленных сценариев наиболее точно описывал Вашу ситуацию? Обратите внимание, что имеются в виду ситуации, когда Вы снова

' **воссоединились** ' с теми, с кем проживаете (не просто визит в гости).

- Я не изолировался(лась)/Я постоянно жил(а) с другими на протяжении моего заболевания
- Я воссоединился(лась) с другими где-то на Неделе 1-3, они заболели (вероятно, что заразившись от меня)
- Я воссоединился(лась) с другими где-то на Неделе 1-3, они не заболели
- Я воссоединился(лась) с другими где-то на Неделе 4-6, они заболели
- Я воссоединился(лась) с другими где-то на Неделе 4-6, они не заболели
- Я воссоединился(лась) с другими где-то после Недели 6, они заболели
- Я воссоединился(лась) с другими где-то после Недели 6, они не заболели
- Я все еще нахожусь на изоляции / не воссоединился(лась) с другими

Не применимо

Есть ли у Вас домашние животные? *

Да

Нет

Если да, уточните: *

Кошки

Собаки

Грызуны

Другие

Относительно медицинской помощи, которую Вы получили во время пандемии COVID-19: *

Я полагаю, что получил(а) всю необходимую помощь

Я полагаю, что получил(а) не всю необходимую помощь

Я полагаю, что не получил(а) необходимую помощь (ее было недостаточно)

Мне не требовалась медицинская помощь

Относительно финансового положения во время пандемии COVID-19 (выберите все подходящие Вам варианты): *

- Я потерял(а) работу или у меня не было возможности работать (для самозанятых, фрилансеров)
- Я не мог(ла) оплатить базовые расходы: на еду, на оплату жилья, коммунальных услуг
- Я оказался(лась) под большим давлением, но мне удалось свести концы с концами
- Я не испытывал(а) финансовых проблем

(Опционально) Я считаю, что государство и национальные службы здравоохранения сделали все возможное во время пандемии COVID-19.

- Полностью согласен(на)
- Согласен(на)
- Скорее согласен(на)
- Частично согласен(на)
- Скорее не согласен(на)
- Не согласен(на)
- Полностью не согласен(на)

Если у Вас есть дети, болели ли они COVID (или же у них был неподтвержденный диагноз COVID) продолжительностью более 3 недель?

- У меня нет детей
- Мои дети не болели
- Мои дети заболели, но выздоровели меньше, чем за 3 недели
- Один (или больше) из моих детей болел дольше, чем 3 недели, и один (или больше) болел меньше, чем 3 недели
- Все дети болели более 3 недель

Work

Были ли Вы наняты на работу на постоянной основе до COVID?

- Да, на полную ставку
- Да, на частичную ставку
- Самозанятый(ая), полная ставка
- Самозанятый(ая), частичная ставка
- Нет

Требовалось ли Вам или требуется ли сейчас сокращение часов или создание специальных условий в рабочей среде из-за сохраняющихся симптомов?

- Да, мне пришлось уменьшить количество рабочих часов (находясь на рабочем месте)
- Да, мне пришлось уменьшить количество рабочих часов (работая удаленно)
- Да, мне пришлось уволиться или я был(а) уволен(а)
- Нет, я смог(ла) продолжить работу как обычно
- Другое (пожалуйста, опишите)

Other Medical Diagnostics

Проходили ли Вы медицинское обследование, связанное с

Вашими симптомами COVID-19? (ЭКГ, УЗИ, рентген)

- Да
 Нет

Проходили ли Вы какие-либо из перечисленных обследований?
 Если какое-то из обследований Вы проходили несколько раз,
 пожалуйста, выберите вариант "Да, выявлены отклонения", если
 аномальный результат был получен хотя бы один раз.

	Не проходил(а) обследования	Да, результаты в норме	Да, выявлены отклонения
МРТ - головной мозг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
МРТ - грудная клетка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
КТ - грудная клетка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
КТ - головной мозг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
КТ - брюшная полость	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Не проходил(а) обследования	Да, результаты в норме	Да, выявлены отклонения
КТ - легочная ангиография	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Рентген - грудная клетка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Люмбальная пункция	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
УЗИ - нижние конечности	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
УЗИ (эхо) - сердце	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Не проходил(а) обследования	Да, результаты в норме	Да, выявлены отклонения
УЗИ - брюшная полость	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ЭКГ - сердце	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ЭЭГ (головной мозг)

ЭМГ (электромиограмма)

Другое

Не проходил(а)
обследования

Да, результаты
в норме

Да, выявлены
отклонения

Если МРТ мозга, КТ мозга или ЭЭГ были с отклонениями, пожалуйста, опишите их здесь.

Если МРТ, КТ или рентген грудной клетки показал наличие отклонений, пожалуйста, опишите их здесь.

Если результаты люмбальной пункции были с отклонениями, пожалуйста, опишите их здесь.

Если ЭМГ показала наличие отклонений, пожалуйста, опишите

их здесь.

Если какие-либо другие обследования из перечисленных выше выявили отклонения, пожалуйста, опишите их здесь.

Если другие обследования, не перечисленные здесь, выявили отклонения, пожалуйста, опишите их здесь.

Diagnostics Blood Tests

Сдавали ли Вы анализы крови в связи с симптомами Вашего заболевания COVID?

- Да
 Нет

Какими были результаты анализа крови по следующим

показателям? Если какие-либо были аномальными, но позднее вернулись в норму, укажите аномальный результат.

	Не сдавал(а) анализы	В пределах нормы	Аномальный, высокий	Аномальный, низкий
Креатинин	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Количество лимфоцитов	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Количество эозинофилов	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Процент эозинофилов	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Панель тестов функционирования печени	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Не сдавал(а) анализы	В пределах нормы	Аномальный, высокий	Аномальный, низкий
Д-димер	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
С-реактивный протеин	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
СОЭ (скорость оседания эритроцитов)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Фибриноген	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другое	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>				

Для всех отклоняющихся результатов: пожалуйста, опишите их подробно.

Перечислите все отклоняющиеся результаты (каждый на отдельной строке).

Сдавали ли Вы анализы на определение следующих состояний с момента начала заболевания COVID?

	Не сдавал(а) анализы	Отрицательно	Недавно инфицирован(а)/ инцифирован(а) в настоящее время (с момента начала COVID)	Болел(а) в прошлом
Мононуклеоз (Эпштейна-Барра)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Болезнь Лайма	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Цитомегаловирус	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Был ли Вам поставлен любой из перечисленных диагнозов по симптомам? Выберите все подходящие варианты.

- Синдром Гийена-Барре
- Полиневропатия тонких волокон/Невропатия тонких волокон
- Вегетативная невропатия
- Полиневропатия

- Невралгия (уточните, пожалуйста, тип в текстовом поле)
- Антифосфолипидный синдром
- Саркоидоз
- Инсульт (уточните, пожалуйста, тип в текстовом поле)
- Очаги демиелинизации
- Синдром постуральной ортостатической тахикардии
- Энцефалопатия
- Энцефалит (уточните, пожалуйста, тип в текстовом поле)
- Менингоэнцефалит
- Менингит
- Острый диссеминированный энцефаломиелит
- Острый миелит
- Офтальмопарез
- Психическое расстройство
- Мигрень
- Моторные периферические или черепные невропатии
- Синдром задней обратимой лейкоэнцефалопатии
- Миастения
- Тромбоцитическая микроангиопатия
- Синдром Тапия
- Эпилепсия
- Травма головного мозга
- Миалгический энцефаломиелит/синдром хронической усталости
- Поражение черепного нерва
- Поражение сетчатки
- Костохондрит

- Тромбоз
- Миокардит

Пожалуйста, укажите, если Вы были поставлены другие диагнозы (в случае, если их несколько, пожалуйста, указывайте каждый с новой строки).

Treatments

Применяли ли Вы перечисленные препараты / процедуры для облегчения симптомов COVID19? Если да, насколько это помогло? (выберите все варианты, которые применимы)

Это включает как рецептурные, так и безрецептурные препараты или средства нетрадиционной медицины.

	Не пробовал(а) эти средства	Слегка помогли	Значительно помогли	Не помогли	Не уверен(а)
Немедикаментозные средства Электролиты	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Программы, регулирующие уровень активности	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Добавление соли к еде и напиткам	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Компрессионные носки, чулки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Акупунктура	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Лимфатический/лимфодренажный массаж	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Антигистаминные H1-типа (цетиризин, акривастин, дифенгидрамин - торговые названия бенадрил, зиртек, кларитин)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2-антигистаминные (циметидин, фамотидин, - торговое название пепсид)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Препараты, содержащие каннабиноиды и тетрагидроканнабинол	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Препараты, содержащие исключительно каннабиноиды	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Стероидные Преднизон и Дексаметазон	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Антикоагулянты Аспирин (75-81 мг)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Прямые антикоагулянты (ривароксабан/зарелто)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Варфарин (кумадин)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Противовоспалительные Куркума	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Омега-3 добавки (включая рыбий жир)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Препараты, воздействующие на иммунную систему Гамма-глобулин (внутривенно)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Введение плазмы выздоровевших людей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Противовирусные Ремдесевир	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Антибиотики Азитромицин	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Противомаларийные препараты Хлорохин	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Гидроксихлорохин	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Антиоксидантные Оксалоацетат	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Безрецептурные обезболивающие (тайленол, парацетамол)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, напроксен, аспирин в дозировке для взрослых)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, опишите, если Вы принимали другие препараты, добавки или процедуры, которые существенно повлияли на Ваше состояние. (Если таких несколько, пожалуйста, введите информацию о каждом с новой строки).

Overall COVID Experience Text Write In

Опционально: Вы можете использовать это поле, чтобы рассказать более подробно о своем опыте заболевания COVID, например, если что-то Вам хотелось бы особенно подчеркнуть или если что-то не было затронуто в данном опросе. Пожалуйста, не включайте информацию, которая может Вас идентифицировать (имена, названия мест, местоположение).

Вы закончили опрос!

Пожалуйста, проверьте, что Вы ничего не пропустили. Как только Вы будете готовы к отправке ответов, *нажмите "далее" для отправки.*

Как только Вы отправите результаты, Вы уже не сможете вносить изменения. Спасибо Вам, что уделите время!

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

[Создано на платформе Qualtrics](#)