

Symptoms

الأعراض المتعلقة بالذاكرة

هل شعرت بأي أعراض تخص الذاكرة؟

نعم

لا

أي من الأعراض التالية شعرت بها منذ بداية المرض؟

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

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

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

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

- نعم
- لا

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

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

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

ضبابية دماغية / أعراض الأداء الإدراكي

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Emotional/Behavioral Changes

التغيرات العاطفية والسلوكية

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

صعوبة السيطرة على عواطفك

انعدام التنشيط (صعوبة التحكم في سلوكك)

حدة الطباع

الغضب

الاندفاع (القيام بالأشياء بشكل مندفع بدون ضبط للنفس)

عدوانية

النشوة (شعور أو حالة من الإثارة الشديدة والسعادة)

أوهام

كآبة

اللامبالاة (قلة الشعور أو العاطفة أو الاهتمام أو القلق)

القابلية للانتحار

تقلب المزاج

القلق

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

هوس خفيف (شكل أخف من الهوس)

نزول الدموع

الشعور بالهلاك

لا شيء مما سبق

آخر

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

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

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

Speech and Other Language Issues

مشاكل النطق أو اللغة

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

نعم

لا

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

صعوبة في ايجاد الكلمات المناسبة عند التحدث أو الكتابة

صعوبة التواصل الشفهي

صعوبة في التحدث بجمل مكتملة

التحدث بكلمات غير مفهومة

صعوبة في التواصل عن طريق الكتابة

صعوبة في تحليل أو فهم مايقوله الآخرين شفهيًا

صعوبة في القراءة أو تحليل النص المكتوب

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

لا شيء مما سبق

آخر

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

هل تتحدث اكثر من لغة؟ *

نعم
لا

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

Headaches

الصداع

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

نعم
لا

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

صداع في قاعدة الجمجمة

صداع في منطقة الصدغ

صداع خلف العينين

صداع منتشر (الدماغ بأكمله)

صداع / ألم بعد مجهود ذهني

صداع آخر

الإحساس بدفء الدماغ / "النار"

الإحساس بضغط المخ

الشقيقة

تصلب الرقبة

لا شيء مما سبق

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

الصداع والأعراض ذات الصلة

Sense of Smell and Taste

حاسة الشم والتذوق

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

نعم

لا

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

فقدان حاسة الشم

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

ازدياد حاسة الشم

تغير حاسة الشم

فقدان التذوق

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

زيادة حاسة التذوق

تغير حاسة الشم

لا شيء مما سبق

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

تغيرات في حاسة
الشم والتذوق

إذا كنت شعرت بطعوم وهمية ، فيرجى وصفها:

إذا كنت شعرت بروائح وهمية ، يرجى وصفها:

Tremors and Vibrating Sensations

الهزات والأحاسيس التي تهتز

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

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

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

نعم
لا

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

الارتعاش

إحساس بالاهتزاز

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

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

Sleeping issues

مشكلات النوم

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

-
-

نعم

لا

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

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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

أحلام حية

كوابيس

أرق

تعرق ليلي

متلازمة تملل الساق

الإستيقاظ بسبب الشعور بأنك لا تستطيع التنفس

انقطاع النفس الانسدادي النومي

آخر

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

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

صعوبة في النوم

الاستيقاظ في الصباح الباكر

الاستيقاظ عدة مرات أثناء الليل

لا شيء مما سبق

* ما هو سبب الأرق؟ *

ألم

الحساسية للضوء الخارجي / الضوضاء

انزعاج جسدي آخر

القلق / الاكتئاب / تسابق الأفكار

صعوبة في التنفس

إحساس بالأدرينالين / الطاقة

كان إحساس مثل الفيروس يبقيني مستيقظاً

آخر

Hallucinations

الهلوسة

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

نعم

لا

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

بصري (رؤية) الهلوسة

الهلوسة السمعية

الهلوسة اللمسية

الهلوسة، آخر

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

الشهر
السابع

الشهر
السادس

الشهر
الخامس

الشهر
الرابع

الشهر
الثالث

**الشهر
الثاني**

الأسبوع
الرابع

الأسبوع
الثالث

الأسبوع
الثاني

**الأسبوع
الأول**

الهلوسة

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

ضعف وتنميل ووخز وبرودة وأحاسيس أخرى

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

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

الأحاسيس الجلدية: حرقان أو وخز أو حكة بدون طفح جلدي

خدر / فقدان الإحساس

خدر / ضعف في جانب واحد فقط من الجسم

برودة

وخز / وخز / إحساس بالدبابيس والإبر

انزلاق كهربائي / الإحساس بصدمة كهربائية

شلل في الوجه (يرجى تحديد مكان الشلل في الوجه)

الإحساس بضغط / تنميل في الوجه بالجانب الأيسر

الإحساس بضغط / تنميل في الوجه ، الجانب الأيمن

الإحساس بضغط / تنميل بالوجه ، أخرى:

ضعف

لا شيء مما سبق

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

Temperature Issues

مشكلات درجة الحرارة

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

نعم

لا

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

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

عدم تحمل الحرارة

مشاكل درجة الحرارة الأخرى (غير مذكورة أعلاه أو أدناه)

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

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

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

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

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

Cardiovascular Symptoms

أعراض القلب والأوعية الدموية

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

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

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

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

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

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

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

-
-
-

نعم ، كانت أعلى عندما كنت أقف

لا ، كان أعلى عندما كنت جالسًا

كان الأمر نفسه تقريبًا أثناء الوقوف أو الجلوس

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

All Other Symptoms - Timecourse

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

هل عانيت من هذه الأعراض ، ومتى شعرت بها؟ *

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

مشاكل عامة

لا تنطبق علي أي من الأعراض العامة التالية

متى شعرت بهذه الأعراض؟ *

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

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

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

مشاكل الجهاز الهضمي



لا تنطبق علي أي من الأعراض المعدية المعوية التالية

مشاكل الجهاز الهضمي

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

أعراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية



لا تنطبق علي أي من أعراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية أدناه

أعراض الجهاز التنفسي والجيوب الأنفية

لا ينطبق	الأُسبوع الأول	الأُسبوع الثاني	الأُسبوع الثالث	الأُسبوع الرابع	الشهر الثاني	الشهر الثالث
<input type="checkbox"/>						

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

سعال جاف

سعال مع إفراز للمخاط

سعال الدم

ضيق في التنفس

ضيق في الصدر

عطس

سيلان الأنف

ألم / حرقان في الصدر

الغرغرة التنفسية

إلتهاب الحلق

آخر

أعراض الأذن والسمع

لا تنطبق علي أي من أعراض الأذن والسمع أدناه

أعراض الأذن والسمع

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

أعراض العين والرؤية

لا تنطبق علي أي من أعراض العين والرؤية أدناه

أعراض العين والرؤية

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

الأعراض التناسلية والبولية

لا تنطبق علي أي من الأعراض التناسلية والبولية التالية

الأعراض التناسلية والبولية

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

أعراض الجلد والحساسية

لا تنطبق علي أي من أعراض الجلد والحساسية أدناه

أعراض الجلد والحساسية

لا ينطبق	الأشهر	الأشهر الثاني	الأشهر الثالث	الأشهر الرابع	الأشهر الخامس	الأشهر السادس	الأشهر السابع	الأشهر الثامن	الأشهر التاسع	الأشهر العاشر	الأشهر الحادي عشر	الأشهر الثاني عشر
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

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

All Other Symptoms - Checkbox

جميع الأعراض الأخرى

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

(الرجاء اختيار جميع الخيارات التي تنطبق)

عدم القدرة على البكاء

عدم القدرة على التثاؤب

تورم في الحلق / صعوبة في البلع

التغييرات في الصوت

سعال الدم

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

الشعور بأن العالم ليس حقيقياً (الاغتراب عن الواقع)

العطش الشديد

لا شيء مما سبق

الأذن والسمع

ألم الأذن

تغييرات في قناة الأذن (مثل الضغط والإنسداد والحرق والتورم)

خدر / فقدان الإحساس

حساسية تجاه الضوضاء

أعراض الأذن / السمع الأخرى

لا شيء مما سبق

العين والرؤية

أعراض الرؤية - عدم وضوح الرؤية

أعراض الرؤية - ازدواج الرؤية

أعراض الرؤية - الحساسية للضوء

أعراض الرؤية - الرؤية الإنبوبية

أعراض النظر - فقدان كامل للرؤية

ضغط العين أو الألم

العين الوردية (التهاب الملتحمة)

عيون حمراء و دموية

عيون جافة

احمرار على الجزء الخارجي من العين

الذباب العيني

رؤية الأشياء في رؤيتك المحيطة

مشاكل العين الأخرى:

لا شيء مما سبق

التناسلية والبولية

انقطاع الدورة مبكرا

نزيف / نزيف بعد انقطاع الدورة

فترات غزيرة للدورة الشهرية بشكل غير طبيعي / تخثر

دورة شهرية غير منتظمة بشكل غير طبيعي

مشاكل أخرى في الدورة الشهرية

انخفاض حجم الخصيتين / القضيب

ألم في الخصيتين

مشاكل أخرى في السائل المنوي / القضيب / الخصيتين

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

مشاكل بولية أخرى

لا شيء مما سبق

الجهاز الهضمي

الشعور بالشبع بسرعة عند تناول الطعام

وجع في البطن

فرط نشاط الأمعاء

لا شيء مما سبق

الجلد والحساسية

حساسيات جديدة (غذائية ، كيميائية ، بيئية ، إلخ)

رد فعل متزايد لحساسية قديمة

حكة في الجلد

حكة في العيون

حكة ، أخرى

أظافر هشّة / متغيرة اللون



هربس نطاقي

لا شيء مما سبق

Symptom Course

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

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

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

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

يرجى اختيار كل ما ينطبق: *

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

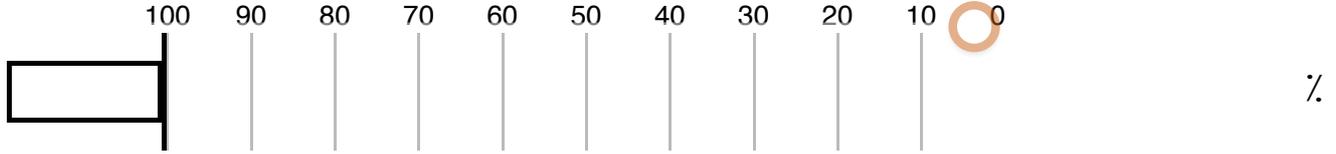
آخر

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

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

آخر

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



Symptom Severity

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

