

## Symptoms

### Gejala Terkait Ingatan

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

- Ya  
 Tidak

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

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

Kapan Anda pertama kali mengalami gejala tersebut? \*

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

	<b>Minggu</b> <b>1</b>	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	<b>Bulan</b> <b>2</b>	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5	Bulan 6
Gejala terkait ingatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

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

- Ya  
 Tidak

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

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

Kapan Anda pertama kali mengalami gejala tersebut? \*

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

	minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5	Bulan 6
Brain fog/gejala fungsi kognitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

Sangat  
Tidak  
Bisa

Lumayan  
Tidak  
Bisa

Sedikit  
Tidak  
Bisa

Bisa

Tidak  
diaplika

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

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

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

## Emotional/Behavioral Changes

### Perubahan Emosi dan Perilaku

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

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

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

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

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

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

## Speech and Other Language Issues

### Permasalahan Bicara dan Bahasa

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

- Ya  
 Tidak

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

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

Kapan Anda mengalami gejala ini? \*

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

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

Apakah Anda memiliki kemampuan multi bahasa? \*

Ya



Tidak

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

## Headaches

### Sakit kepala

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

- Ya  
 Tidak

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

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

Kapan Anda mengalami gejala tersebut? \*

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

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

## Sense of Smell and Taste

## Indera Penciuman dan Pengecap

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

- Ya  
 Tidak

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

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

Kapan Anda mengalami gejala-gejala ini? \*

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

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

Perubahan  
pada  
indera  
pengecap  
dan  
pencium

Jika Anda mengalami Rasa Halusinasi, mohon jelaskan:

Jika Anda mengalami Bebauan Halusinasi, mohon jelaskan:

## Tremors and Vibrating Sensations

### Sensasi Tremor dan Gemetar

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

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

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

- Ya
- Tidak

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

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

Tremor

Sensasi Gemetar

Kapan Anda mengalami gejala-gejala ini? \*

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

	N/A	<b>Minggu 1</b>	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	<b>Bulan 2</b>	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5
Tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensasi Gemetar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

## Sleeping issues

### Permasalahan Dengan Tidur

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

- Ya  
 Tidak

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

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

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

Kapan pertama kali Anda mengalami gejala-gejala ini? \*

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

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

Jika Anda mengalami insomnia, seperti apa jenisnya? \*

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

Apa yang menyebabkan insomnia Anda? \*

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

## Hallucinations

## Halusinasi

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

- Ya
- Tidak

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

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



- Halusinasi Sentuhan (meraba sesuatu)
- Halusinasi lainnya

Kapan pertama kali Anda mengalami gejala-gejala ini? \*

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

	<b>Minggu 1</b>	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	<b>Bulan 2</b>	Bulan 3	Bulan 4	Bulan 5	Bulan 6
Halusinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

\_÷

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

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

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

Kapan Anda mengalami gejala-gejala ini? \*

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

N/A    **Minggu**    Minggu    Minggu    Minggu    **Bulan**    Bulan    Bulan    Bulan

**1**            2            3            4            **2**            3            4            5

Semua  
keluhan  
neurologis  
(saraf)

## Temperature Issues

### Masalah Suhu Tubuh

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

- Ya  
 Tidak

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

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

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

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

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

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

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

## Cardiovascular Symptoms

### Masalah Kardiovaskuler

Kapan Anda mengalami masalah kardiovaskuler? \*

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

\_÷

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

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

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

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

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

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

Jika Anda memiliki takikardia dan dapat mengukurnya, berapakah

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

## All Other Symptoms - Timecourse

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

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

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

### Masalah Umum

Tidak ada satupun

## Kapan Anda mengalami keluhan-keluhan ini? \*

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

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

## Masalah Pencernaan



Tidak ada satupun

## Masalah Pencernaan

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

## Masalah Pernapasan dan Sinus

Tidak ada satupun

## Masalah Pernapasan dan Sinus

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

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

### Masalah Telinga dan Pendengaran

Tidak ada satupun

### Masalah Telinga dan Pendengaran

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

## Masalah Mata dan Penglihatan

Tidak ada satupun

### Masalah mata dan penglihatan

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

## Masalah Reproduksi dan Saluran Kencing

Tidak ada satupun

### Masalah Reproduksi dan Saluran Kencing

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

## Masalah Kulit dan Alergi

Tidak ada satupun

## Masalah Kulit dan Alergi

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

## Masalah Otot dan Persendian

Tidak ada satupun

## Masalah Otot dan Persendian

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

## All Other Symptoms - Checkbox

### Keluhan Lainnya

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

(Mohon pilih yang sesuai)

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

## Telinga dan Pendengaran

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

## Mata dan Penglihatan

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

## Reproduksi dan Saluran Kencing

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

## Pencernaan

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

## Kulit dan Alergi

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

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

### Symptom Course

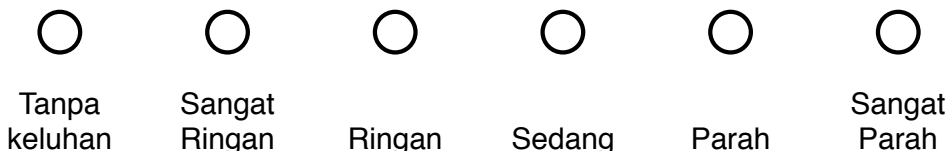
Seberapa besar tingkat keparahannya selama minggu/bulan? \*

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

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



Bulan 7+



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

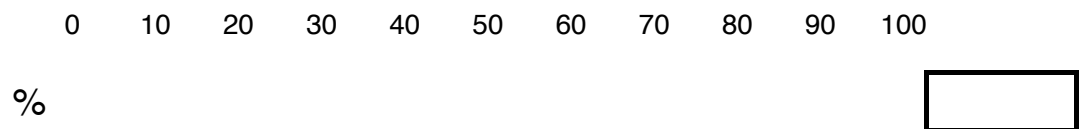
- Saya tidak/belum mengalami kekambuhan
- Kekambuhan saya terjadi pada pola yang teratur (bulanan, harian, atau mingguan)
- Kekambuhan saya terjadi pada pola yang tidak teratur (acak)
- Kekambuhan saya terjadi apabila ada penyebab (stress, alkohol, olahraga/aktivitas berat, dll).
- Kekambuhan saya semakin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

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

- Stress
- Alkohol
- Kafein

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

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



## Symptom Severity

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keluhan 1 \*

Keluhan 2 \*

Keluhan 3 \*

Keluhan 4

Keluhan 5