

Symptoms

Sintomi che coinvolgono la memoria

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

- Sì
- No

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

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

Quando ha avuto questi sintomi? *

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

	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese
Sintomi connessi alla memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

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

- Sì
 No

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

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

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

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

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

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

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

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

	Fortemente inabile	Moderatamente inabile	Leggermente inabile
Lavorare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguire semplici istruzioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esprimere i propri pensieri e bisogni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro			
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fortemente inabile	Moderatamente inabile	Leggermente inabile

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

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

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

Emotional/Behavioral Changes

Variazioni emotive e comportamentali

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

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

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

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

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

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

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

Speech and Other Language Issues

Problematiche legate alla parola e al linguaggio

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

- Sì
- No

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

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

Altro

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

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

Parla più di una lingua? *

- Sì
 No

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

Headaches

Mal di testa

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

- Sì
- No

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

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

- Collo rigido
- Nessuno dei precedenti

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese
Mal di testa e relativi sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sense of Smell and Taste

Senso del gusto e senso dell'olfatto

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

- Sì
- No

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

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

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

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

Se ha sentito gusti inesistenti, li descriva:

Se ha sentito odori inesistenti, li descriva:

Tremors and Vibrating Sensations

Tremori e tremiti

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

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

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

- Sì
- No

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

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

Tremori

Tremiti

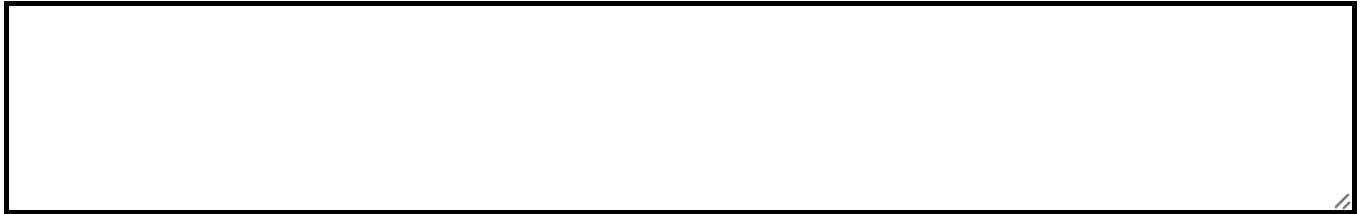
Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

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

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

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



Sleeping issues

Problematiche legate al sonno

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

- Sì
 No

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

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

Altro

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

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

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

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

Cosa causa o ha causato la sua insonnia? *

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

Hallucinations

Allucinazioni

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

- Sì
- No

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

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

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	2° mese	3° mese	4° mese	...
Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Debolezza, intorpidimento, formicolio, freddo e altre sensazioni

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

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

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

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

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

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

Temperature Issues

Problematiche legate alla temperatura corporea

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

- Sì
 No

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

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

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

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

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

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

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

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

Cardiovascular Symptoms

Sintomi cardiovascolari

Quando si sono manifestati i seguenti sintomi? *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

All Other Symptoms - Timecourse

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

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

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

Problematiche generiche

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Quando si sono manifestati questi sintomi? *

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

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

Problematiche gastrointestinali

Nessun sintomo gastrointestinale sottostante si è manifestato

Problemi gastrointestinali

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

Sintomi respiratori e di sinusite

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi respiratori e di sinusite

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

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

Sintomi dell'udito e dell'orecchio

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi dell'udito e dell'orecchio

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

Sintomi della vista e dell'occhio

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi della vista e dell'occhio

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

Sintomi del sistema riproduttivo e delle vie urinarie

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi del sistema riproduttivo e delle vie urinarie

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

Sintomi cutanei e allergie cutanee

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Sintomi cutanei e allergie cutanee

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

Problematiche legate ai muscoli e alle giunture

Nessun sintomo sottostante si è manifestato

Problematiche legate ai muscoli e alle giunture

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

All Other Symptoms - Checkbox

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

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

Orecchio e udito

- Dolore all'orecchio

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

Occhio e vista

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

Sistema riproduttivo e vie urinarie

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

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

Stomaco e intestino

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

Pelle e allergie

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

Nessuno dei precedenti

Symptom Course

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

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

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

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

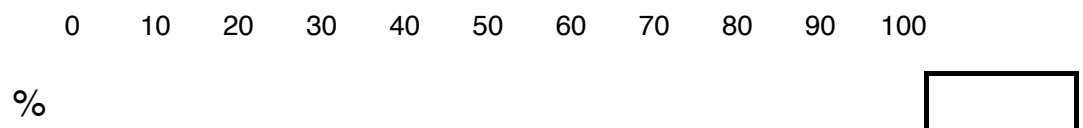
- Non ho avuto/non ho ancora avuto ricadute.
- Le mie ricadute avvengono secondo uno schema regolare (mensilmente, giornalmente, o settimanalmente).
- Le mie ricadute avvengono secondo uno schema irregolare (in maniera casuale).
- Le mie ricadute avvengono in risposta a una causa scatenante (stress,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

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

- Stress
- Alcool
- Caffaina

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

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



Symptom Severity

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sintomo 1 *

Sintomo 2 *

Sintomo 3 *

Sintomo 4

Sintomo 5