

Symptoms

Sintomas de memória

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

- Sim
 Não

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

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

Quando você sentiu esses sintomas? *

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

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

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

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

- Sim
 Não

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

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

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

Quando você sentiu esses sintomas? *

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

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

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

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

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

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

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

se eles foram moderadamente, moderadamente ou severamente limitantes.

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

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

Emotional/Behavioral Changes

Mudanças emocionais e comportamentais

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

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

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

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

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

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

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

Speech and Other Language Issues

Questões referentes a fala e linguagem

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

- Sim
- Não

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

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

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

Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

Você fala várias línguas? *

- Sim
- Não

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

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

Headaches

Dores de cabeça

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

- Sim
- Não

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

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

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

Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

Sense of Smell and Taste

Sentido do olfato e paladar

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

- Sim
- Não

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

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

Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

Se você tinha gostos fantasmas, descreva-os:

Se você tinha cheiros fantasmas, descreva-os:

Tremors and Vibrating Sensations

Tremores e sensações de vibração

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

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

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

Sim

Não

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

- Tremores
- Sensações de vibração

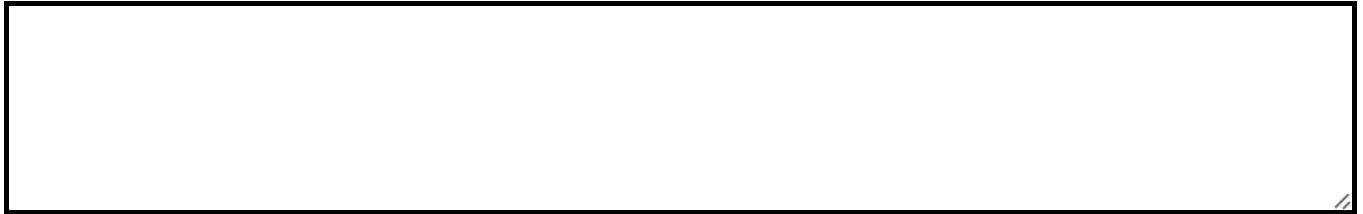
Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

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

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



Sleeping issues

Problemas para dormir

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

- Sim
- Não

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

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

Outros

Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

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

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

O que está causando / causou sua insônia? *

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

Hallucinations

Alucinações

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

- Sim
- Não

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

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

Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Fraqueza, dormência, formigamento, frio e outras sensações

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

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

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

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

Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

Temperature Issues

Problemas de temperatura

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

- Sim
 Não

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

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

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

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

selecione a opção.

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

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

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



Cardiovascular Symptoms

Sintomas cardiovasculares

Quando você experimentou estes sintomas? *

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

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

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

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

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

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

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

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

All Other Symptoms - Timecourse

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

Você sentiu esses sintomas e quando os sentiu? *

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

Problemas Genéricos

Nenhum dos sintomas genéricos abaixo se aplica a mim

Quando você experienciou esses sintomas? *

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

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

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

Problemas gastrointestinais

Nenhum dos problemas gastrointestinais abaixo se aplicam a mim

Problemas gastrointestinais

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

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

Sintomas respiratórios e sinusais

Nenhum dos sintomas respiratórios e sinusais abaixo se aplicam a mim

Sintomas respiratórios e sinusais

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

Outro

Sintomas de ouvido e audição

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

Sintomas de ouvido e audição

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

Sintomas oculares e visuais

Nenhum dos sintomas oculares e visuais abaixo se aplicam a mim

Sintomas oculares e visuais

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

Outros
sintomas
nos
olhos

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

Sintomas reprodutivos e urinários

Nenhum dos sintomas reprodutivos e urinários abaixo se aplicam a mim

Sintomas reprodutivos e urinários

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

Pele e sintomas alérgicos

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

Pele e sintomas alérgicos

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

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

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

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

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

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

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

Alergias novas (alimentares, químicas, ambientais etc)

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

Erupções cutâneas

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

Outro

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

Problemas musculares e articulares

Nenhum dos problemas musculares e articulares abaixo se aplicam a mim

Problemas musculares e articulares

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

Dor nos
ossos ou
queimação

All Other Symptoms - Checkbox

Todos os outros sintomas

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

(Escolha todas as opções que se apliquem)

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

Ouvido e Audição

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

Nenhuma das opções anteriores

Olhos e Visão

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

Reprodutivo e urinário

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

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

Gastrointestinal

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

Pele e Alergias

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

Symptom Course

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

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

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

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

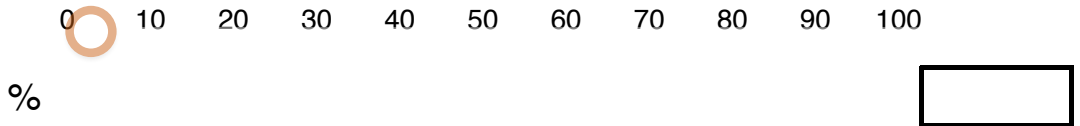
- Eu não tive nenhuma recaída
- Minhas recaídas ocorrem em um padrão regular (mensalmente, diariamente, ou semanalmente).
- Minhas recaídas ocorrem de forma irregular (aleatória).
- Minhas recaídas ocorrem em resposta a um gatilho (estresse, álcool, exercício/esforço etc)
- Minhas recaídas estão ficando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

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

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

Outro

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



Symptom Severity

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

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

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

Sintoma 4



Sintoma 5

