

## Pytania związane z COVID-19

1. Czy był u Pana/Pani zdiagnozowany COVID-19?

- Tak
- Nie

2. Czy poddał/a się Pan/Pani testowi na COVID-19?

- Tak
- Nie

Jeśli tak, to gdzie był/a Pan/Pani testowany/a na COVID-19?

- W przychodni, laboratorium, lub mobilnym punkcie drive-thru
- Na pogotowiu
- Inne miejsce, proszę wymienić: \_\_\_\_\_

Czy miał/a Pan/Pani objawy COVID-19 gdy poddał/a się Pan/Pani testowi?

- Tak
- Nie

Powód dla którego był/a Pan/Pani testowany/a na COVID-19:

- Pracownik medyczny / ratownik
- Zamieszkanie z osobą podatną na zarażenie
- Inny, proszę wymienić: \_\_\_\_\_

3. Proszę zaznaczyć wszystkie objawy, które Pan/Pani u siebie stwierdził/a:

- Brak symptomów
- Kaszel, przez ile dni \_\_\_\_\_
- Ból gardła, przez ile dni \_\_\_\_\_
- Gorączka powyżej 38°C, przez ile dni \_\_\_\_\_
- Najwyższa zanotowana temperatura \_\_\_\_\_
- Dreszcze
- Ból głowy
- Częściowa utrata węchu (częściowa anosmia)
- Całkowita utrata węchu (anosmia)
- Częściowa utrata smaku (częściowa ageusia)
- Całkowita utrata smaku (ageusia)
- Problemy z oddychaniem
- Zmęczenie, letargia
- Ból mięśni
- Katar
- Biegunka (>=3 przypadki luźnego/luźniejszego niż normalnie stolca/24 godzin)
- Nudności lub wymioty
- Zarumienione usta, wypieki na twarzy
- Dezorientacja, trudności z obudzeniem się
- Duszności, ból klatki piersiowej
- Zapalenie spojówek
- Inne, proszę wymienić \_

Jeśli kaszel wystąpił, proszę podać typ kaszlu:

- Suchy
- Mokry
- Inny, prosze wymienić \_\_\_\_\_

Pierwszy dzień objawów, data: \_\_\_\_\_

Ostatni dzień objawów, data (jeśli znana): \_\_\_\_\_

4. Czy był/a Pan/Pani za granicą zaraz przed chorobą/podejrzeniem choroby COVID-19?

- Nie
- Tak, prosze wymienić kraj: \_\_\_\_\_ dokładna data pobytu: \_\_\_\_\_

5. Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą zakażoną lub podejrzaną o zakażenie wirusem wywołującym COVID-19?

- Tak, z osobą z potwierdzonym zakażeniem.
- Tak, z osobą podejrzaną o zakażenie.
- Nie
- Nie jestem pewny/pewna.
- ysciplinary drużynowe, wiele razy w tygodniu.

These are questions 14-18 in the original full UPenn/CTSA COVID-19 Patient Survey and have been renumbered 1-5.

