

## Dane osobowe

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
3. Adres e-mail: \_\_\_\_\_
4. Numer telefonu komórkowego: \_\_\_\_\_
5. Jaką płeć przypisano Panu/Pani przy urodzeniu?
  - Mężczyzna
  - Kobieta
  - Inna
  - Wolę nie odpowiadać

Dla kobiet: czy jest Pani aktualnie w ciąży lub czy jest możliwe że zajdzie Pani w ciążę w następnym miesiącu?

- Tak
  - Nie
6. Czy Pana/Pani aktualna tożsamość płciowa jest zgodna z płcią przypisaną Panu/Pani przy urodzeniu?
    - Tak
    - Nie

7. Ile ma Pan/Pani lat?: \_\_\_\_\_ lat

8. Ile Pan/Pani waży?: \_\_\_\_\_ kg

9. Jaki jest Pana/Pani wzrost?: \_\_\_\_\_ cm

10. Jaka jest Pana/Pani etniczność/pochodzenie?:

- Hiszpańska lub Latynoska
- Biały - Europejska
- Azjata
- Czarny
- Rdzenny Amerykanin
- Mieszkaniec Wysp Pacyfiku
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

11. Czy mieszka Pan/Pani sam/sama?

- Tak
- Nie

Proszę podać wiek osób z którymi Pan/Pani mieszka (wliczając w to siebie, opiekunów,

współlokatorów - wybierz wszystkie pasujące odpowiedzi):

- Poniżej 3 roku życia
- 3-6 lat
- 7-17 lat
- 18-25 lat
- 26-40 lat
- 41-64 lat
- 65-79 lat
- 80 lat lub powyżej

13. Proszę podać Pana/Pani adres domowy (wyłącznie w celach geokodowania):

---

## **Pytania związane z COVID-19**

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

- Tak
- Nie

15. 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: \_\_\_\_\_

16. 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 ( $\geq 3$  przypadki luźnego/luźniejszego niż normalnie stolca/24 godzin)
- Nudności lub wymioty
- Zarumienione usta, wypięki 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, proszę wymienić \_\_\_\_\_

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

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

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

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

18. 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.

## **Pytania o ogólny stan zdrowia**

19. Jak oceniłby/oceniłaby Pan/Pani swój stan zdrowia przed chorobą COVID-19?

- Znakomity
- Dobry
- Dość dobry
- Słaby

20. Jaki jest Pana/Pani typowy poziom interakcji społecznych (gdy nie obowiązują zalecenia dystansu społecznego)?

- Często wychodzę ze znajomymi (4-7 razy/tydzień)
- Czasem wychodzę ze znajomymi (2-3 razy/tydzień)
- Zazwyczaj sam/a spędzam czas (wychodzę ze znajomymi raz w tygodniu lub mniej)

21. Jak w skali 1 do 5 oceniłby/oceniłaby Pan/Pani swój poziom dostosowania się do zaleceń dystansu społecznego wydanych przez CDC? (gdzie "1" oznacza brak dostosowania się do zaleceń, a "5" pełne dostosowanie się do wszystkich zaleceń):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

22. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani którąś z wymienionych poniżej chorób lub dolegliwości (proszę wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi):

- Choroba płuc
  - a. Astma
  - b. Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)
  - c. Idiopatyczne zwłóknienie płuc
  - d. Rozstrzenie oskrzeli
  - e. Niedobór alfa-1 antytrypsyny
  - f. Inna dolegliwość płuc
- Choroba serca
  - a. Wrodzona wada serca
  - b. Choroba wieńcowa / zawał serca
  - c. Zastoinowa niewydolność serca
- Nadciśnienie
- Hiperlipidemia/Hipercholesterolemia
- Anemia
- Choroba wątroby
- Cukrzyca
- Otyłość
- Choroba stawów:
  - a. Reumatoidalne zapalenie stawów
  - b. Zapalenia kości i stawów
- Zapalna choroba jelit
- Nowotwór
- Mukowiscydoza
- Przewlekła choroba nerek
- Zaburzenia neurologiczne (np. stwardnienie zanikowe boczne, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, choroba Huntingtona)
- Demencja
- Inna, proszę wymienić \_\_\_\_\_
- Żadna z powyższych

23. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani przeszczep narządu?

- Nie

Tak - którego narządu? \_\_\_\_\_

24. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani którąś z wymienionych poniżej chorób związanych z układem odpornościowym?

- Choroba autoimmunologiczna (prosze zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi):  
Choroba tarczycy, toczeń rumieniowaty układowy, stwardnienie rozsiane, cytopenia, zapalenie okrężnicy/zapalna choroba jelit, inna: \_\_\_\_\_
- Stan zapalny, proszę sprecyzować czego: \_\_\_\_\_
- Często/regularnie występująca gorączka
- Niedobór odporności
- Nawracające brodawki lub wirusowe infekcje skóry
- Alergia sezonowa/ katar sienny
- Alergia pokarmowa
- Opryszczka
- Półpasiec
- Egzema
- Pokrzywka
- Żadna z powyższych

25. Czy zażywa Pan/Pani obecnie którykolwiek z poniżej wymienionych leków (przynajmniej raz w tygodniu)? Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi.

- Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne, NLPZ (ibuprofen, aspiryna, celekoksyb, diklofenak, diflunizal, etodolak, indometacyna, ketaprofen, ketorolak, nabumetone, naproxen, oxaprozin, piroksykam, sulindac)
- Acetaminofen (APAP, Paracetamol)
- Leki na astmę (lek rozszerzający oskrzela Ventolin, albuterol)
- Kortykosteroidy (nie wziewne, np. prednizon)
- Kortykosteroidy wziewne
- Wziewne leki rozszerzające oskrzela
- Leki na ból neuropatyczny (gabapentyna)
- Leki na cukrzycę (metformina)
- Inhibitory TNF-alfa (infliksymab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, itp.)
- Leki rozrzedzające krew (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, itp.)
- Inhibitory ACE na nadciśnienie (Benazepril, kaptopryl, Fosinopril, lizynopryl, itp.)
- Statyny na obniżenie poziomu cholesterolu (atorwastatyna, simwastatyna)
- Antagonisty receptora angiotensyny na leczenie nadciśnienia (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)
- Inhibitory kinaz JAK (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- Hydroksychlorochina
- Blokery receptora IL-6 (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)
- Lek na tarczycę, lewotyroksyna
- Beta-blokery obniżające ciśnienie (metoprolol, atenolol, tramadol, itp.)
- Inne (na receptę, bez recepty, witaminy, suplementy): \_\_\_\_\_
- Żadne z powyższych

26. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciwko grypie w tym sezonie (ostatnie 6 miesięcy)?

- Tak, data (jeśli znana):
- Nie
- Nie pamiętam

27. Czy pamięta Pan/Pani ostatni raz gdy zachorował Pan/Pani na grypę lub miał/a objawy grypopodobne przed pandemią COVID-19?

- Tak - kiedy? \_\_\_\_\_
- Nie

Czy był/a Pan/Pani przyjęty/a do szpitala z powodu grypy?

- Tak
- Nie

28. Jak często choruje Pan/Pani na grypę lub ma objawy grypopodobne?

- Nigdy
- Rzadko
- Raz w roku
- Dwa razy w roku lub więcej

29. Kiedy brał/a Pan/Pani antybiotyk po raz ostatni?

- Biorę aktualnie
- W tym miesiącu
- Miesiąc temu
- W przeciągu ostatnich 2 miesięcy
- W przeciągu ostatnich 6 miesięcy
- W przeciągu ostatniego roku
- Ponad rok temu
- Nigdy/nie pamiętam

## Pytania o tryb życia

30. Czy bierze Pan/Pani narkotyki rekreacyjne typu marihuana?

- Nie
- Tak - jak często? \_\_\_\_\_

31. Czy pali Pan/Pani papierosy?

- Nigdy
- Nigdy nie paliłem/paliłam regularnie
- Paliłem/paliłam w przeszłości, ale nie aktualnie
- Palę rzadko
- Palę codziennie. Ile papierosów średnio na dzień? \_\_\_\_\_

32. Czy pali Pan/Pani papierosy elektroniczne (e-papierosy)?

- Nigdy
- Nigdy nie paliłem/paliłam regularnie
- Paliłem/paliłam w przeszłości, ale nie aktualnie
- Palę rzadko

Palę codziennie. Ile e-papierosów średnio na dzień? \_\_\_\_\_

33. Jaki jest poziom Pana/Pani edukacji?

- Szkoła podstawowa
- Szkoła zawodowa
- Szkoła średnia
- Szkoła wyższa - studia licencjackie
- Szkoła wyższe - studia magisterskie lub wyżej

34. Jaki jest Pana/Pani tytuł służbowy? \_\_\_\_\_

35. Czy jest Pan/Pani narażony/a na jakieś szczególne zagrożenia w miejscu pracy?

- Opary
- Obiekty medyczne
- Ołów
- Azbest
- Fizyczna praca powodująca nadmierne pocenie się/ryzyko odwodnienia
- Inne
- Żadnych z wyżej wymienionych

36. Jaki jest Pana/Pani poziom aktywności fizycznej?

- Czytam, oglądam TV i wykonuję czynności które nie są fizycznie wymagające
- Chodzę na spacer, jeżdżę na rowerze i jestem fizycznie aktywny/a przez wiele dni w tygodniu (spacer, łowienie ryb, polowanie, lekka praca w ogrodzie itp.)
- Uprawiam sporty wiele godzin w tygodniu (bieganie, narciarstwo, podnoszenie ciężarów, rytmika, pływanie, gry z piłką, fizycznie wymagająca praca w ogrodzie itp.)
- Regularnie trenuję dyscypliny drużynowe, wiele razy w tygodniu.