

Indicare l'età per le persone che interagiscono all'interno della propria famiglia (compreso te stesso, tutti i co-inquilini o personale domestico - controllare tutto ciò che si applica)

__ meno di 3 anni

__ 3-6 anni

__ 7-17 anni

__ 18-25 anni

__ 26-40 anni

__ 41-64 anni

__ 65-79 anni

80 anni o più

13. Qual è il tuo indirizzo? (Solo a scopo di geo-codificazione)

COVID-19 domande correlate

14. Ti è stata diagnosticato COVID-19

Sì

No

15. Sei stato testato/a per COVID-19?

Sì

No

Dove sei stato testato per COVID-19?

- Ufficio ambulatoriale o laboratorio (pubblico o privato)
- Pronto Soccorso
- Altro

Qual è la specificazione di "Altro" indicato sopra?

Avevi sintomi quando sei stato/a testato/a?

- Sì
- No

Perché sei stato testato/a?

- Operatore sanitario / primo soccorritore
- Membro della famiglia, a rischio/suscettibile, a casa
- Altro

Che "altro" motivo avevi per fare il test?

16. Descrivere i sintomi:

- Nessuno
- Tosse, per quanti giorni ___
- Mal di gola, per quanti giorni ___

- Febbre > 38° C, per quanti giorni ___
- Temperatura massima registrata _____
- Brividi
- Mal di testa
- Perdita parziale dell'olfatto (iposmia)
- Perdita completa dell'olfatto (anosmia)
- Perdita parziale di gusto (ipoeusia)
- Perdita completa di gusto (ageusia)
- Problemi respiratori
- Affaticamento / sonnolenza
- Dolore muscolare
- Rinite
- Diarrea (> 3 scariche acquose/feci non formate rispetto alla normale consistenza/24 ore)
- Nausea o vomito
- Arrossamento di labbra / viso
- Confusione o incapacità di svegliarsi
- Oppressione toracica/angina pectoris/dolore toracico
- Lieve congiuntivite o occhi arrossati
- Altro, specificare

Quanti giorni di tosse (se ti ricordi)?

Si prega di descrivere il tipo di tosse:

- Secca
- Produttiva
- altro _____

Data del primo sintomo

Data della risoluzione dei sintomi (se nota)

17. Eri all'estero poco prima di ammalarti / essere esposto/a o sospettato/a di infezione da COVID-19?

- No
- Sì, paese:

18. Sei stato esposto/a a un individuo conosciuto o sospettato di avere COVID-19?

- Sì; Conosciuto
- Sì; Sospettato
- No
- Non sono sicuro

Domande generali sulla salute:

19. Come valuteresti la tua salute in generale?