

- 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?**

- Eccellente
- Buona
- Accettabile
- Scadente

**20. Descrivi il tuo livello abituale di interazioni sociali con altre persone quando non sei obbligato/a a rimanere a casa e/o mantenere le distanze sociali di sicurezza.**

- Esco molto (4-7 volte/settimana)
- Esco a volte (2-3 volte/settimana)
- Sto essenzialmente da solo/a (1 o meno volte/settimana)

**21. Su una scala da 1 a 5, come valuti la tua aderenza alle misure di sicurezza e distanziamento, come raccomandato? (1 = non seguo le linee guida e 5= rispetto tutte le linee guida).**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**22. Un medico o personale sanitario ti ha mai detto di avere una delle seguenti malattie? (controlla tutto ciò che si applica al tuo caso)**

Malattia polmonare

a. Asma

- b. Malattia polmonare ostruttiva cronica
- c. Fibrosi polmonare idiopatica
- d. Bronchiectasie
- e. Carezza di alfa-1 antitripsina
- f. Altra patologia polmonare
- Malattia cardiaca
  - a. Malattia cardiaca congenita
  - b. Malattia coronarica/storia di infarto del miocardio
  - c. Insufficienza cardiaca congestizia
- Iperensione/ipertensione arteriosa
- Iperlipidemia/ ipercolestrolemia
- Anemia
- Malattia epatica
- Diabete
- Obesità
- Malattie osteoarticolari
  - a. Artrite reumatoide
  - b. Osteoartrite o malattia articolare
- Malattia intestinale infiammatoria
- Cancro
- Fibrosi cistica
- Malattia renale cronica
- Disturbo neurologico (ad esempio, SLA, sclerosi multipla, Parkinson, Huntington)

Demenza

Altro, si prega di specificare

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nessuna tra quanto sopra specificato

**23. Hai mai subito un trapianto d'organo?**

No

Sì, quale organo? \_\_\_\_\_

**24. Ti è mai stata diagnosticata una malattia immunitaria?**

Condizione autoimmune (indicare quale)

          tiroide, lupus, sclerosi multipla, citopenia, colite/malattia infiammatoria  
intestinale, altro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condizione infiammatoria - quale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Febbri periodiche/frequenti

Immunodeficienza

Verruche ricorrenti o infezioni virali della pelle

Allergie di stagione/febbre da fieno

Allergie alimentari

Herpes labiale

Herpes zoster

- Eczema
- Orticaria
- Nessuna tra quelle elencate

**25. Stai attualmente prendendo uno dei seguenti farmaci (almeno una volta alla settimana)? (Controlla la lista e farmaci che si applicano al tuo caso)**

- Agenti antinfiammatori non steroidei convenzionali FANS (aspirina, celecoxib, diclofenac (Cambia, Cataflam, Voltaren), diflunisal, etodolac, ibuprofene (Motrin, Advil), indometacina (Indocin), ketoprofene, ketorolac, nabumetone, naproxene (Aleva, Anaprox, Naprelan, Naprosyn), oxaprozin (Saypro, Walix), piroxicam (Feldene), salsalate (Disalate), sulidnac, tometlin)
- Acetaminofene (Benadryl, Excedrin, Robitussin, Sinutab, Sudafed, Tylenol, Vicks e altri)
- Antiasmatici (bronchodilatatore Ventolin, albuterolo)
- Corticosteroidi (non inalati), ad esempio: Prednisone
- Corticosteroidi inalati
- Bronchodilatatori inalati
- Farmaco antalgico per trattamento di neuropatia, Gabapetin
- Antidiabetico, Metformina
- Farmaci anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, altri)
- Farmaci anticoagulanti (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarina, ecc.)
- Inibitori ACE per il trattamento dell'ipertensione (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, ecc.)
- Statine per abbassare il colesterolo (come l'atorvastatina o la simvastatina)
- Antagonisti del recettore dell'Angiotensina II (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, ecc.)

- Inibitori JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- Idrossiclorochina
- Immunosoppressori della IL-6 (sarilumab, tocilizumab, siltuximab, altri)
- Farmaco per il trattamento dell'ipotiroidismo: levotiroxina
- Beta-bloccanti per ridurre la pressione sanguigna (metoprololo, atenololo, tramadol, ...)
- Altro (prescritto/non prescritto/vitamine o integratori)
- Nessuno tra quanti sopra specificati

**26. Hai ricevuto un vaccino antinfluenzale in questa stagione (ultimi 6 mesi)?**

- Sì, data (se ricordi) \_\_\_\_\_
- No
- Non ricordo

**27. Ti ricordi l'ultima volta che hai avuto l'influenza o sintomi simil-influenzali prima della pandemia COVID?**

- Sì, quando? \_\_\_\_\_
- No

**Sei stato/a ricoverato/a in ospedale a causa dell'influenza?**

- Sì
- No

**28. Quanto spesso ti ammali di influenza?**

- Mai

- Raramente
- Una volta all'anno
- Due volte all'anno, o più

**29. Quando sei stato/a in terapia antibiotica?**

- In corso
- Questo mese
- Mese scorso
- Negli ultimi 2 mesi
- Negli ultimi 6 mesi
- Nell'ultimo anno
- Più di un anno fa
- Mai/ Non ricordo

**Domande sullo stile di vita personale:**

**30. Prendi droghe ricreative come la marijuana?**

- No
- Sì, con quale  
frequenza? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**31. Fumi?**

- Non ho mai fumato