

1. Informazioni su di lei e sulla sua malattia da COVID-19 (se sta completando il sondaggio per conto di un bambino o di un adulto che lei assiste, tutte le domande riguarderanno la salute e il benessere dell'interessato/a)

Data di completamento del sondaggio (GG/MM/AAAA): [_G_] [_G_] [_M_] [_M_] [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Qual è la sua data di nascita (GG/MM/AAAA): [_G_] [_G_] [_M_] [_M_] [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

 Negli ultimi 6 mesi, si è vaccinato/a contro l'influenza? Sì No Non sono sicuro/a

 Negli ultimi 5 anni, si è vaccinato/a contro lo pneumococco? Sì No Non sono sicuro/a

Approssimativamente, quando ha sperimentato i primi sintomi del COVID-19? [_G_] [_G_] [_M_] [_M_] [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

 È stato/a ricoverato/a in ospedale a causa del COVID-19? Sì No

• Approssimativamente, quando è stato/a ricoverato/a per la prima volta in ospedale? [_G_] [_G_] [_M_] [_M_] [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

• Approssimativamente, quando è stato/a dimesso/a per la prima volta dall'ospedale? [_G_] [_G_] [_M_] [_M_] [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

 • È stato/a nuovamente ricoverato/a in ospedale o in una struttura sanitaria dopo la malattia da Covid-19? Sì No

In caso affermativo, quante volte? [_Numero_] In caso affermativo, specifichi la ragione: _____

Nome dell'ospedale/degli ospedali: _____

 Se è mai stato/a ricoverato/a in ospedale/in una struttura sanitaria per Covid-19, è stato/a ricoverato/a in terapia intensiva (ICU/ITU)? Sì No Non sono sicuro/a

2. Informazioni sul suo stato di salute ora
Sente di essersi completamente ripreso/a dal COVID-19?
 Fortemente in disaccordo In disaccordo Leggermente in disaccordo Leggermente d'accordo

 D'accordo Pienamente d'accordo

Recentemente si è sentito/a febbricitante? Sì No Non sono sicuro/a

In caso affermativo si è sentito/a

 febbricitante per l'ultima volta nel corso degli ultimi 7 giorni 1 - 2 settimane fa? 2 - 4 settimane fa
 1 - 2 mesi fa
 2 - 3 mesi fa

In caso affermativa, qual è stata la causa della sua più recente malattia febbrile?
 COVID -19 Un'altra infezione respiratoria (tosse/raffreddore/mal di gola)
 Infezione all' intestino o allo stomaco (diarrea/vomito) Infezione urinaria
 TB Altro: specificare: _____ Non nota Preferisco non rispondere

3. Da quando ha avuto il COVID-19, le è stata diagnosticata qualcuna delle seguenti affezioni?

 Infarto Sì No Trombosi venosa profonda (TVP, "Coagulo nella gamba") Sì No

 Ictus o piccolo ictus/TIA Sì No Embolia polmonare (EP, "Coagulo nel polmone") Sì No

 Problemi renali Sì No Altre affezioni (specificare)? _____

Nel corso degli <u>ultimi sette giorni</u> , ha accusato qualcuno dei seguenti sintomi?	
Mal di testa <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dolore muscolare persistente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tosse persistente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo <input type="checkbox"/> tosse secca <input type="checkbox"/> con catarro	Dolore o gonfiore articolare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita dell'olfatto <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Impossibilità di muoversi appieno o di controllare il movimento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita del gusto <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Insensibilità di un lato del corpo o del viso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fiato corto/affanno <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sensazione di formicolio/"spilli e aghi" <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Dolore alla respirazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Vertigine/stordimento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Dolore al torace <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Svenimento/blackout <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Palpitazioni (tachicardia) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Crisi epilettiche/convulsioni <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita di peso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Fremito/tremore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita dell'appetito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Confusione/perdita di concentrazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Mal di stomaco / dolore addominale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Difficoltà a deglutire o masticare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Malessere/vomito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Visione doppia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Costipazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Difficoltà a parlare o comunicare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Diarrea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Difficoltà a dormire <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Difficoltà a urinare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Noduli o eruzioni cutanee (porpora/rosa) sulle dita dei piedi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Disfunzione erettile <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	Eruzione cutanea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Variazioni nel ciclo mestruale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	In caso affermativo, selezioni tutte le aree del corpo interessate: <input type="checkbox"/> Viso <input type="checkbox"/> Tronco (stomaco o schiena) <input type="checkbox"/> Braccia <input type="checkbox"/> Gambe <input type="checkbox"/> Natiche <input type="checkbox"/> Dita dei piedi <input type="checkbox"/> Dita delle mani
Caviglia/e gonfia/e <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sanguinamento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, selezioni il sito interessato dal sanguinamento: _____
Difficoltà di equilibrio <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Altri sintomi NUOVI? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, specificare: _____
Debolezza a carico di braccia e gambe <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No / debolezza muscolare	

5. Informazioni sul suo stato di salute

Sotto ciascun argomento, faccia una crocetta sulla casella (UNA SOLA) che descrive meglio la sua salute PRIMA della malattia da COVID19

CAPACITÀ DI MOVIMENTO

- Non avevo difficoltà nel camminare
- Avevo lievi difficoltà nel camminare
- Avevo moderate difficoltà nel camminare
- Avevo gravi difficoltà nel camminare
- Non ero in grado di camminare

CURA DELLA PERSONA

- Non avevo difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Avevo lievi difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Avevo moderate difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Avevo gravi difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Non ero in grado di lavarmi o vestirmi

ATTIVITÀ ABITUALI

(Per es. lavoro, studio, lavori domestici, attività familiari o di svago)

- Non avevo difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Avevo lievi difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Avevo moderate difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Avevo gravi difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Non ero in grado di svolgere le mie attività abituali

DOLORE O FASTIDIO

- Non provavo alcun dolore o fastidio
- Provavo lieve dolore o fastidio
- Provavo moderato dolore o fastidio
- Provavo grave dolore o fastidio
- Provavo estremo dolore o fastidio

ANSIA O DEPRESSIONE

- Non ero ansioso/a o depresso/a
- Ero lievemente ansioso/a o depresso/a
- Ero moderatamente ansioso/a o depresso/a
- Ero gravemente ansioso/a o depresso/a
- Ero estremamente ansioso/a o depresso/a

Sotto ciascun argomento, faccia una crocetta sulla casella (UNA SOLA) descrive meglio la sua salute **OGGI**

CAPACITÀ DI MOVIMENTO

- Non ho difficoltà nel camminare
- Ho lievi difficoltà nel camminare
- Ho moderate difficoltà nel camminare
- Ho gravi difficoltà nel camminare
- Non sono in grado di camminare

CURA DELLA PERSONA

- Non ho difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Ho leggere difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Ho moderate difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Ho gravi difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Non sono in grado di lavarmi o vestirmi

ATTIVITÀ ABITUALI

(Per es. lavoro, studio, lavori domestici, attività familiari o di svago)

- Non ho difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Ho lievi difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Ho moderate difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Ho gravi difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali

DOLORE O FASTIDIO

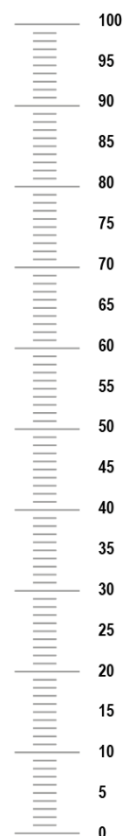
- Non provo alcun dolore o fastidio
- Provo lieve dolore o fastidio
- Provo moderato dolore o fastidio
- Provo grave dolore o fastidio
- Provo estremo dolore o fastidio

ANSIA O DEPRESSIONE

- Non sono ansioso/a o depresso/a
- Sono lievemente ansioso/a o depresso/a
- Sono moderatamente ansioso/a o depresso/a
- Sono gravemente ansioso/a o depresso/a
- Sono estremamente ansioso/a o depresso/a

- Vorremmo sapere quanto è buona o cattiva la sua salute OGGI.
- Questa è una scala numerata da 0 a 100.
- 100 rappresenta la migliore salute che può immaginare. 0 rappresenta la peggiore salute che può immaginare.
- Segni una X sul punto della scala per indicare com'è la sua salute OGGI.
- Poi, scriva nella casella qui sotto il numero che ha segnato sulla scala numerata

LA SUA SALUTE OGGI =

THE BEST HEALTH
YOU CAN IMAGINETHE WORST HEALTH
YOU CAN IMAGINE

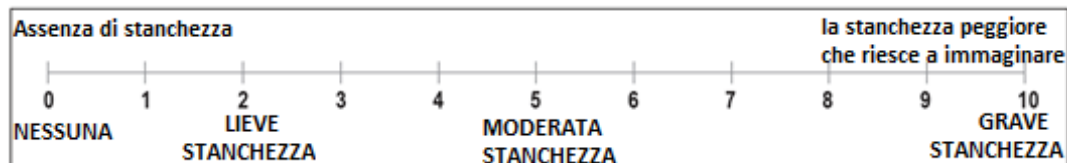
© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ è un marchio commerciale della EuroQol Research Foundation

6. Affanno e spossatezza

Selezioni la casella che meglio descrive il suo stato di affanno oggi e la casella che descrive il suo stato di affanno prima della malattia da Covid	Nelle ultime 24 ore (selezionare una casella)	Prima della malattia da Covid19 (selezionare una casella)
Non avevo problemi di affanno eccetto in caso di intenso esercizio fisico		
Respiro corto quando ho fretta o quando cammino in leggera pendenza		
Cammino più lentamente della maggior parte delle persone della mia età a causa dell'affanno oppure devo fermarmi per prendere fiato quando cammino al mio passo		
Mi fermo a prendere fiato dopo aver percorso 90-100 metri o dopo pochi minuti in piano		
L'affanno mi impedisce di uscire di casa e accuso affanno quando mi vesto/svesto		

Valuti l'intensità media della sua stanchezza nel corso delle ultime 24 ore, su una scala da 0 – 10

Dove: 0 = Assenza di stanchezza e 10 = la stanchezza peggiore che riesce a immaginare



7. Le prossime domande riguardano le difficoltà che potrebbe incontrare facendo determinate attività a causa di un PROBLEMA DI SALUTE.

(segna la risposta corretta selezionando la casella)	Oggi	Prima della malattia da Covid19
Ha difficoltà a vedere anche se indossa gli occhiali?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a udire anche se usa un apparecchio acustico?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a camminare o a salire dei gradini?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a ricordare o concentrarsi?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà con le attività che riguardano la cura della persona, per esempio lavarsi o vestirsi?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a esprimersi nella sua lingua abituale (consueta), per esempio a comprendere o a farsi comprendere?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla

8. Ha modificato il suo stile di vita dalla sua infezione con COVID-19? (segna la risposta corretta selezionando la casella)

	Lo faccio più spesso	Lo faccio meno spesso	Nessuna differenza	Non lo facevo prima del Covid-19
Fumare				
Bere alcol				
Mangiare cibo sano				
Attività fisica (Inclusi camminare e andare in bicicletta)				

9. Alcune domande sul suo stato occupazionale/lavorativo**Prima di ammalarsi di COVID-19 qual era il suo stato occupazionale/lavorativo (retribuito o non retribuito)?**

- Lavoro a tempo pieno Lavoro a tempo parziale Assistenza a tempo pieno (bambini o altro) Disoccupato/a
 Impossibilitato/a a lavorare a causa della malattia cronica Studente/ssa Pensionato/a Medico in pensione
 Preferisco non rispondere

Qual è la sua principale occupazione/il suo stato lavorativo oggi?

- Come prima Diverso da prima Preferisco non rispondere

Se è diverso, descriva il suo stato occupazionale/lavorativo odierno (selezioni tutte le voci che corrispondono al suo caso)

- Lavoro a tempo pieno Lavoro part-time Assenza di lavoro a causa delle limitazioni imposte dal COVID-19
 Congedo per malattia Assistenza a tempo pieno (bambini o altro) Disoccupato
 Impossibilitato/a a lavorare a causa della malattia cronica Studente/ssa Pensionato/a
 Pensionamento anticipato per malattia Guadagno di più Guadagno di meno Preferisco non rispondere

Se diverso, perché il suo stato occupazionale/lavorativo è cambiato?

- Cattiva salute Nuova responsabilità assistenziale Licenziamento
 Orario lavorativo ridotto dal datore di lavoro Congedo per malattia Altro (specificare): _____
 Preferisco non rispondere

10. Qualche domanda su di lei**Sesso alla nascita:** Maschio Femmina Non binario Preferisco non rispondere**Razza (selezioni tutte le risposte pertinenti):** Bianca Araba Nera Asiatica orientale Asiatica meridionale Asiatica occidentale Latino-americana Altro (specificare): _____ Preferisco non rispondere**Qual è la sua altezza stimata:** _____ (metri) Non sono sicuro/a**Qual è il suo peso attuale stimato:** _____ (kg) Non sono sicuro/a**Qual era il suo peso stimato prima della malattia da Covid-19?** _____ (kg) Non sono sicuro/a**Quante altre persone vivono regolarmente nel suo nucleo familiare, compreso/a lei:** [_Numero_]**Qual è il suo più alto livello di istruzione completato:**

- Istruzione primaria (scuola elementare) Istruzione secondaria (scuola media)
 Istruzione secondaria superiore/Liceo Scuola professionale / pratica
 Scuola superiore/Università Laurea triennale Laurea magistrale PhD
 Altro (specificare): _____ Non ho completato un corso di studi o di formazione formale Preferisco non rispondere

Numero di anni trascorsi nell'istruzione formale: _____**11. Ci comunichi se ritiene che il COVID-19 abbia interessato il suo stato di salute o benessere in un modo diverso da quanto sopra descritto.****12. Fine del sondaggio****Grazie per il tempo che ci ha dedicato!**