Sondaggio di follow-up sulla salute e il benessere post-COVID-19

SONDAGGIO DI AUTOVALUTAZIONE DEL PAZIENTE

La domanda che ci facciamo

È rivolta a persone come lei, che recentemente hanno avuto/al momento sono affette da Covid-19. Chiediamo il suo aiuto per rispondere a una domanda che ci stiamo ponendo e che forse si sta ponendo anche lei: "Che cosa significa il Covid-19 per la mia salute e il mio benessere nel lungo periodo?"

Come può essere d'aiuto

Si tratta di una malattia nuova. Partecipando a questo breve sondaggio può aiutarci a definire un quadro migliore dell'assistenza e del supporto necessari dopo il Covid-19. Per quanto possibile, non vogliamo escludere nessuno. Il nostro obiettivo è offrire l'opportunità di partecipare a tutti coloro che hanno avuto il Covid-19, sia che siano stati curati in ospedale o a casa. Non conosciamo la durata dei sintomi e per scoprirlo è nostra intenzione ripetere il sondaggio tra tre/sei mesi.

Completamento del sondaggio

Il Covid-19 colpisce le persone in maniera profondamente diversa e pertanto il nostro sondaggio deve coprire una serie di aspetti. Non si preoccupi se molte domande non le sembreranno rilevanti. Se non è in grado di rispondere a una domanda, passi tranquillamente a quella successiva. Allo stesso modo, se il sondaggio solleva questioni che lei non ha avuto modo di affrontare, abbia cura di sé e ne parli con un professionista sanitario, può anche trovare indicazioni su: **(aggiungere il sito web per informazioni sanitarie locale)**

Protezione delle informazioni

In questo sondaggio di follow-up a scopo di ricerca utilizzeremo le informazioni che lei ci fornirà. Useremo solo le informazioni necessarie per lo studio di ricerca. Comunicheremo il suo nome o i suoi dettagli di contatto a pochissime persone e solo se realmente necessario ai fini di questo studio. Tutte le persone interessate conserveranno i suoi dati al sicuro. Inoltre, ci atterremo a tutte le norme sulla riservatezza.

Ci assicureremo che nessuno possa risalire a lei partendo dalle relazioni. Le sue risposte verranno utilizzate solo in modi che non consentiranno di identificarla, per esempio in relazioni riepilogative o riviste scientifiche volte a formare professionisti sanitari. Può trovare maggiori informazioni sulla nostra politica di riservatezza sul nostro sito web (aggiungere il link al sito web di ISARIC o un sito web locale), dove potrà anche scaricare la versione online e altre copie cartacee di questo modulo.

Un grazie e un'offerta

La ringraziamo per la disponibilità ad aiutarci a rispondere a questa importante domande che al momento è al centro dei nostri pensieri. Dopo che avrà completato il sondaggio, desideriamo offrirle la possibilità di dirci qualcosa di più tramite un consulto con un infermiere o un'infermiera. Non potremo farlo per tutti, ma se desidera avere la possibilità di partecipare, indichi i suoi dati di contatto al termine del sondaggio.

Sviluppato da ISARIC. Autorizzato ai sensi di una Licenza internazionale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 da ISARIC per conto della Oxford University

MOMENTO DEL SONDAGGIO (da completarsi a cura del team prima di inviare o somministrare il sondaggio):
3m[____]6m[____]9m[____]12m[____]15m[____]18m[____]

La sua autorizzazione a procedere
Grazie per essere arrivato/a a questo punto. Per partecipare, legga le affermazioni seguenti e se accetta di continuare, apponga le sue iniziali nelle caselle.

SCRIVA LE SUE INIZIALI ACCANTO A OGNI AFFERMAZIONI CON CUI È D'ACCORDO:	*Iniziali:*	
Acconsento che le informazioni da me fornite in questo studio vengano utilizzate come indicato.		
Desidero che questo sondaggio continui a essermi inviato per posta elettronica, posta tradizionale o essere contattato/a tramite follow-up telefonico ogni 3-6 mesi per un massimo di 3 anni dopo essere stato malato di Covid-19. In caso affermativo, inserisca qui i suoi dettagli di contatto: E-mail:_____ Numero del telefono cellulare:_____ Numero del telefono di casa:_____	SÌ	NO
Gradirei la possibilità di essere contattato/a da un infermiere/un'infermiera, un medico o un ricercatore/ricercatrice per discutere in modo più approfondito della mia malattia causata da Covid-19. In caso affermativo, inserisca qui i suoi dettagli di contatto: Telefono:_____ Telefono cellulare:_____	SÌ	NO

Informazioni su di lei (se sta completando il sondaggio per conto di un bambino o di un adulto di cui si prende cura, inserisca le informazioni della persona interessata)

Firma del paziente / dell'adulto / della persona che provvede all'assistenza _____

Nome del paziente:_____**Cognome:**_____

Città:_____**CAP:** _____

Codice ospedale locale:_____

SONDAGGIO DI FOLLOW-UP COVID-19 LIVELLO 1 ISARIC GLOBAL.
Sviluppato da ISARIC. Autorizzato ai sensi di una Licenza internazionale Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 da ISARIC per conto della Oxford University

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 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

Ictus o piccolo ictus/TIA ☐ Sì ☐ No

Problemi renali ☐ Sì ☐ No

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

Embolia polmonare (EP, "Coagulo nel polmone") ☐ Sì ☐ No

Altre affezioni (specificare)?_____

ISARIC

CODICE IDENTIFICATIVO DEL PARTECIPANTE: [__][___][__][__][__]-[__][_____][_

Nel corso degli ultimi sette giorni, ha accusato qualcuno dei seguenti sintomi?

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

5. Informazioni sul suo stato di salute

Sotto ogni intestazione, selezioni UNA casella che descrive il suo stato di salute PRIMA della malattia da COVID19

MOVIMENTO

Non avevo difficoltà nel camminare ☐
Avevo leggere difficoltà nel camminare ☐
Avevo moderate difficoltà nel camminare ☐
Avevo gravi difficoltà nel camminare ☐
Non ero in grado di camminare ☐

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

Non avevo difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Avevo leggere difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Avevo moderate difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Avevo gravi difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Non ero in grado di lavarmi o vestirmi ☐

ATTIVITÀ ABITUALI

(Ad es. lavoro, studio, lavori domestici, famiglia o attività di svago)
Non avevo difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Avevo leggere difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Avevo moderate difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Avevo gravi difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Non ero in grado di svolgere le mie attività abituali ☐

DOLORE / MALESSERE

Non avevo dolore o disagio ☐
Avevo un leggero dolore o disagio ☐
Avevo un moderato dolore o disagio ☐
Avevo un grave dolore o disagio ☐
Avevo un estremo dolore o disagio ☐

ANSIA/DEPRESSIONE

Non ero né ansioso/a né depresso/a ☐
Ero leggermente ansioso/a e depresso/a ☐
Ero moderatamente ansioso/a e depresso/a ☐
Ero gravemente ansioso/a e depresso/a ☐
Ero estremamente ansioso/a e depresso/a ☐

Sotto ogni intestazione, selezioni LA casella che meglio descrive il suo stato di salute **OGGI**

MOVIMENTO

Non ho difficoltà nel camminare ☐
Ho leggere difficoltà nel camminare ☐
Ho moderate difficoltà nel camminare ☐
Ho gravi difficoltà nel camminare ☐
Non sono in grado di camminare ☐

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

Non ho difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Ho leggere difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Ho moderate difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Ho gravi difficoltà a lavarmi o vestirmi ☐
Non sono in grado di lavarmi o vestirmi ☐

ATTIVITÀ ABITUALI

(ad es. lavoro, studio, lavori domestici, famiglia o attività di svago)
Non ho difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Ho leggere difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Ho moderate difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Ho gravi difficoltà a svolgere le mie attività abituali ☐
Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali ☐

DOLORE / MALESSERE

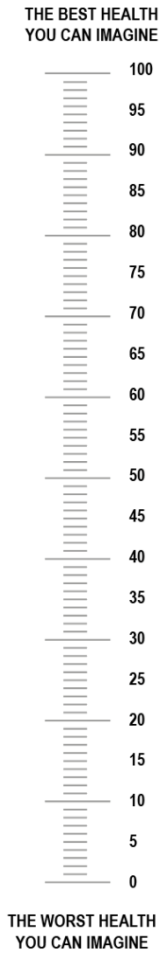
Non ho dolore o disagio ☐
Ho un leggero dolore o disagio ☐
Ho un moderato dolore o disagio ☐
Ho un grave dolore o disagio ☐
Ho un estremo dolore o disagio ☐

ANSIA/DEPRESSIONE

Non sono né ansioso/a né depresso/a ☐
Sono leggermente ansioso/a e depresso/a ☐
Sono moderatamente ansioso/a e depresso/a ☐
Sono gravemente ansioso/a e depresso/a ☐
Sono estremamente ansioso/a e depresso/a ☐

- Desideriamo sapere com'è il suo stato di salute OGGI.
- Questa scala è numerata da 0 a 100.
- 100 significa lo stato di salute migliore che riesce a immaginare. 0 significa lo stato di salute peggiore che riesce a immaginare.
- Segni una X sulla scala per indicare il suo stato di salute OGGI.
- Ora scriva il numero indicato sulla scala nel riquadro sottostante

IL SUO STATO DI SALUTE OGGI
=



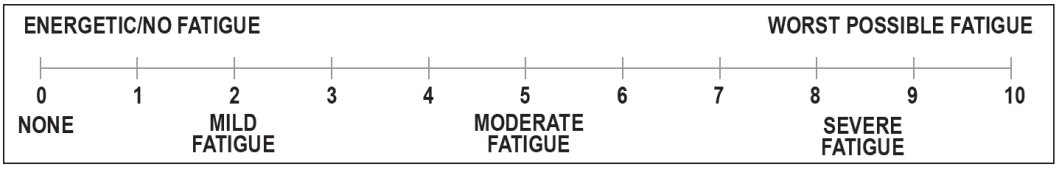
© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ è un marchio commerciale della EuroQol Research Foundation

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 spossatezza nel corso delle ultime 24 ore, su una scala da 0 – 10.

Dove: 0 = Assenza di spossatezza e 10 = la spossatezza 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.

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

8. Ha modificato il suo stile di vita dalla sua infezione con COVID-19? (segni 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 livello di istruzione più alto completato:

☐ Istruzione primaria (3 - 7 anni di scuola) ☐ Istruzione secondaria (8 - 10 anni di scuola)
☐ Istruzione secondaria superiore/Liceo (11 - 13 anni di scuola) ☐ Scuola) 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!