

Если да, в чем была причина?

- COVID -19 Респираторная инфекция (кашель/простуда/боль в горле)
 Ротавирусная инфекция (диарея/рвота) Мочеполовая инфекция Туберкулез
 Другое: _____
 Неизвестно Затрудняюсь ответить

3. С тех пор как вы заболели COVID19, развились ли у Вас следующие сопутствующие заболевания?

- Сердечный приступ (инфаркт миокарда) Да Нет
 Инсульт или микроинсульт/ТИА Да Нет
 Проблемы с почками Да Нет
 Тромбоз глубоких вен нижних конечностей Да Нет
 Тромбоэмболия легочной артерии (“Тромб в лёгком?”) Да Нет
 Другое состояние? _____

4. Наблюдались ли у Вас эти симптомы в течение последних 7 дней?

Головная боль <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Стойкая мышечная боль <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Персистирующий кашель <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то <input type="checkbox"/> сухой <input type="checkbox"/> с мокротой	Боль/отеки суставов <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря обоняния <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Невозможность контролировать движения совершать их в полном объеме <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Потеря чувствительности на одной стороне тела/лица <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря вкуса <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ощущения покалывания или мурашек <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Затруднение дыхания/ одышка <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Головокружение/Предобморочное состояние <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Обмороки/провалы в памяти <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Боль при вдохе <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Судороги <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Боль в груди <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Тремор <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учащенное сердцебиение <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Потеря концентрации <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря веса <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нарушения глотания или жевания <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря аппетита <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Диплопия <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Боль в животе	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нарушения речи	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Тошнота/рвота	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нарушения сна	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Запор	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Шишки или сыпь (фиолетовая или розовая) на пальцах ног	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Диарея	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Кожная сыпь	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Проблемы с мочеиспусканием	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите локализацию: <input type="checkbox"/> Лицо <input type="checkbox"/> Туловище (живот или спина) <input type="checkbox"/> Руки <input type="checkbox"/> Ноги <input type="checkbox"/> Ягодицы <input type="checkbox"/> Пальцы ног <input type="checkbox"/> Пальцы рук	
Эректильная дисфункция	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных		
Изменения в менструальном цикле	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных	Кровотечение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Отеки ног	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите локализацию:	
Нарушения равновесия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Другие НОВЫЕ симптомы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Мышечная слабость (слабость в конечностях)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, уточните: _____	

5. О Вашем здоровье

Под каждым заголовком, пожалуйста, выберите ОДИН вариант, наиболее точно описывающий Ваше состояние до заражения COVID-19

ПОДВИЖНОСТЬ

- Я не испытываю трудностей при ходьбе
- У меня есть незначительные трудности при ходьбе
- Я испытываю умеренные трудности при ходьбе
- Мне тяжело ходить
- Я не могу ходить

УХОД ЗА СОБОЙ

- Я не испытываю трудностей с мытьем/одеванием
- У меня есть незначительные трудности при уходе за собой
- Я испытываю умеренные трудности при уходе за собой
- Мне тяжело мыться/одеваться
- Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

- Я не испытываю трудностей в повседневной деятельности
- У меня есть незначительные трудности в повседневной деятельности
- Я испытываю умеренные трудности в повседневной деятельности
- Мне тяжело заниматься привычными делами
- Я не в состоянии заниматься своей повседневной деятельностью

БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ

- Я не испытываю боли или дискомфорта
- Я испытываю незначительную боль или дискомфорт
- Я испытываю умеренную боль или дискомфорт
- Я испытываю сильную боль или дискомфорт
- Я испытываю нестерпимую боль или дискомфорт

ТРЕВОГА/ДЕПРЕССИЯ

- Я не испытываю тревогу или депрессию
- Я испытываю незначительную тревогу или депрессию
- Я испытываю умеренную тревогу или депрессию
- Я испытываю сильную тревогу или депрессию
- Я испытываю крайне выраженную тревогу или депрессию

В каждом разделе отметьте галочкой ОДИН квадратик, который наилучшим образом отражает состояние Вашего здоровья СЕГОДНЯ.

ПОДВИЖНОСТЬ

- Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе
- Я испытываю небольшие трудности при ходьбе
- Я испытываю умеренные трудности при ходьбе
- Я испытываю большие трудности при ходьбе
- Я не в состоянии ходить

УХОД ЗА СОБОЙ

- Я не испытываю никаких трудностей с мытьем/одеванием
- Я испытываю небольшие трудности с мытьем или одеванием
- Я испытываю умеренные трудности с мытьем или одеванием
- Я испытываю большие трудности с мытьем или одеванием
- Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

<p>ПРИВЫЧНАЯ ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ <i>(например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)</i></p> <p>Моя привычная повседневная деятельность дается мне без труда <input type="checkbox"/></p> <p>Моя привычная повседневная деятельность для меня немного затруднительна <input type="checkbox"/></p> <p>Моя привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна <input type="checkbox"/></p> <p>Моя привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна <input type="checkbox"/></p> <p>Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью <input type="checkbox"/></p>	<p>БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ</p> <p>Я не испытываю боли или дискомфорта <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю небольшую боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю умеренную боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю сильную боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю чрезвычайно сильную боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p>
<p>ТРЕВОГА/ДЕПРЕССИЯ</p> <p>Я не испытываю тревоги или депрессии <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю небольшую тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю умеренную тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю сильную тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p>	

8. Изменили ли Вы свои привычки после COVID-19?
(отметьте галочкой подходящий ответ)

	Я делаю это чаще	Я делаю это реже	Так же	Я не делал этого до COVID-19
Курение				
Употребление алкоголя				
Правильное питание				
Физическая активность (включая ходьбу и езду на велосипеде)				

9. Несколько вопросов о Вашем роде занятий?

До того, как Вы заболели COVID-19, каков был Ваш род занятий (оплачиваемый или нет)?

- Работа на полной ставке
 Работа на неполной ставке
 Сиделка на полную ставку? (с детьми/др)
 Безработный
 Не работал/а в связи с хроническим заболеванием
 Студент
 На пенсии
 На пенсии по болезни
 Предпочитаю не отвечать

Каков Ваш род занятий на данный момент?

- Такой же, как раньше
 Отличается
 Предпочитаю не отвечать

Если «отличается», пожалуйста, опишите Ваш род занятий на данный момент (отметьте все, что подходит):

- Работа на полной ставке
 Работа на неполной ставке
 Не работаю в связи с ограничениями из-за COVID-19
 Отпуск по болезни
 Сиделка на полную ставку? (с детьми/др)
 Безработный
 Не работаю в связи с хроническим заболеванием
 Студент
 На пенсии
 Ранний уход на пенсию по болезни
 Зарабатываю больше
 Зарабатываю меньше
 Предпочитаю не отвечать

Если «отличается», почему изменился Ваш род занятий?

- Слабое здоровье
 Необходимость ухаживать за другим человеком
 Сокращение
 Работодатель сократил рабочие часы
 Отпуск по болезни
 Другое (уточните):__
 Предпочитаю не отвечать

10. Немного вопросов о Вас

Пол при рождении: Мужской Женский Интерсекс вариация (Небинарный)

Предпочитаю не отвечать

Национальность (отметьте все, что подходит): Европеоид Араб Негроид

Восточная Азия Южная Азия

Западная Азия Латинская Америка

Другое (уточните): _____

Предпочитаю не отвечать

Каков Ваш примерный рост: _____ . _____ (метры/футы/дюймы – обведите использованную единицу измерения) Не уверен

Каков Ваш примерный текущий вес: _____ . _____ (кг/фунты – обведите использованную единицу измерения) Не уверен

Каким был Ваш примерный вес до заболевания Covid19? _____ . _____ (кг/фунты – обведите использованную единицу измерения) Не уверен

Сколько членов семьи проживает в доме, включая Вас: [Число]

Каков Ваш самый высокий уровень образования

Начальное образование (3-7 классов школы) Средняя школа (8-10 классов школы)

Старшая школа) Колледж Университет Степень бакалавра

Степень магистра Кандидат наук

Другое (уточните): _____

Не завершил официальное образование

Предпочитаю не отвечать

Количество лет официального образования:

11. Пожалуйста, расскажите, если чувствуете, что COVID-19 повлиял на Ваше здоровье не описанным выше способом

12. Конец исследования

Благодарим за уделенное время!