

哥伦比亚大学 COVID-19 调查问卷 – 家庭初发患者 版本 2.3

COVID-19 感染是全球面临的重大挑战。由于您已经感染或者可能感染了冠状病毒-19 (SARS-COV2)，所以您被入选参加这项研究。本项调查将会回顾您感染冠状病毒的经历，从而帮助研究人员认识为何一部分患者感染冠状病毒后症状非常严重，而另一些患者则症状轻微或无症状。完成这项调查您大约需要花费 15 分钟时间。我们希望能够快速收集您的情况，并在保证匿名的情况下与全世界的研究者共享信息，共同研究以帮助更多的患者。该调查在研究使用前会匿名处理，不会透露任何个人信息。收集您的联系方式仅用于后续了解及追踪您的健康状况。

姓名：
邮箱地址：
电话号码。：
邮编：

1. 请选择最符合您的冠状病毒检测的选项

- 做过鼻拭子检测，检测时间：_____
- 做过血清抗体检测，检测时间：_____
- 没做过检测，但可疑冠状病毒感染
- 没做过检测并且没有症状
- 我的检测是阴性的，检测时间：_____
- 我不清楚

2. 您的感染是如何治疗的（选择符合您接受的最强干预模式的一项）？

- 居家治疗
- 曾在诊所或者筛查点就诊，但随后被送回家中
- 曾在急诊间就诊，但随后被送回家中
- 住院诊治
- 我住进重症监护室（ICU）

3. 您不舒服的时间有多长

- 有症状的第一天，日期_____
- 有症状的最后一天，日期_____
- 不清楚/记不清

4. 请描述您的症状（请核对所有选项）：

- 咳嗽，持续天数_____
- 发热，持续天数____，最高体温_____
- 呼吸短促，持续天数_____
- 胸痛，持续天数_____
- 夜间盗汗，持续天数_____
- 皮疹，持续天数_____
- 疲劳
- 头痛
- 肌肉痛
- 流鼻涕
- 喉咙痛
- 腹泻
- 恶心或者呕吐
- 腹痛
- 泡沫尿，持续天数_____
- 尿液红色，持续天数_____
- 部分或全部嗅觉消失，持续天数_____

- 部分或全部味觉消失，持续天数_____
- 神志不清
- 抽搐/惊厥/癫痫

5. 如果您住过院，您接受过如下治疗吗？（请核对所有选项）

- 鼻导管氧气治疗，持续天数_____
- 使用过氧气面罩、双水平气道内正压通气（BIPAP）、或者持续正压通气（CPAP），持续天数_____
- 气管插管呼吸机支持，持续天数_____
- 需要透析（包含不同类型）治疗的肾脏疾病，持续天数_____
- 需要心脏导管治疗的的心脏疾病
- 肝脏疾病或者肝炎
- 下肢或者肺出现血栓
- 需要加压灌注来进行血压支持治疗的感染性休克
- 其他并发症，请详细说明_____

6. 您是否知道医生曾用过下列哪些药物治疗您的新冠肺炎？（选择所有符合条件的）：

- 泰诺（对乙酰氨基酚）
- 非甾体类抗炎药（布洛芬，阿司匹林，萘普生，塞来昔布，双氯芬酸，吲哚美辛，吡罗昔康）
- 羟氯喹或者氯喹
- 阿奇霉素
- 法莫替丁
- 糖皮质激素（强的松，甲强龙，地塞米松，氢化可的松）
- 白细胞介素6（IL-6）通路抑制剂（sarilumab, 托珠单抗, 司妥昔单抗）
- 酪氨酸激酶（JAK）抑制剂（巴瑞替尼，鲁索替尼，菲卓替尼，托法替尼）
- 瑞德西韦（GS-5735）或者另外的蛋白酶抑制剂
- 达菲（奥司他韦）或者Xofluza（巴洛沙韦酯）
- HIV药物[洛匹那韦/利托那韦，替诺福韦（TDF,TAF）]
- 索非布韦
- 利巴韦林
- α 干扰素
- 血浆治疗（获得他人的抗体）
- 支气管扩张剂（哮喘类治疗药物）
- 不清楚

7. 如果您接受羟氯喹的治疗，请描述您是否经历过以下反应？（选择所有符合条件的）：

- 恶心或呕吐
- 红色皮疹
- 严重坏死性皮疹
- 头痛或偏头痛
- 视力问题或失明
- 夜间盗汗
- 失眠
- 心脏问题
- 心跳异常或者心律不齐
- 耳鸣
- 刺痛感
- 手或脚失去知觉
- 抽搐/惊厥/癫痫
- 意识丧失或者晕倒
- 幻听或幻视
- 没有以上反应

8. 您今年接种过以下疫苗吗？（请核对所有选项）

- 流感疫苗
- 肺炎球菌疫苗或纽莫法（Pneumovax）

- 在过往的任何时间接种肺结核杆菌疫苗（卡介苗）
- 以上都没有
- 我不清楚

9. 在感染新冠病毒之前，您认为您的总体健康状况如何？

- 非常好
- 很好
- 良好
- 一般
- 较差

10. 您是否曾被确诊为以下疾病或接受过以下治疗？（请对所有选项进行仔细确认，本题为多选）

- 心衰
- 心肌梗塞
- 房颤/心悸/异常心律
- 植入起搏器
- 心律失常/心脏骤停
- 慢性肾脏疾病
- 蛋白尿
- 血尿
- 肾脏衰竭，需要透析治疗
- 肾脏衰竭，需要肾脏移植
- 肝脏疾病/肝硬化
- 肝脏衰竭，需要肝脏移植
- 心衰，需要心脏移植
- 哮喘
- 肥胖
- 睡眠呼吸暂停
- 慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）
- 肺部压力增高（肺高压）
- 其他的肺部疾病，请写下名称： _____
- 神经系统异常（如：肌萎缩性脊髓侧索硬化症，帕金森病，亨廷顿病）
- 痴呆
- 癌症
- 骨关节炎
- 风湿性关节炎
- 其他风湿免疫性关节炎，请写下名称： _____
- 近期发生的耳部感染/鼻窦炎
- 艾滋病
- 贫血
- 曾有过下肢血栓或肺部血栓
- 接受过骨髓移植
- 甲状腺疾病
- 狼疮病
- 多发性硬化症
- 溃疡性结肠炎
- 克罗恩病
- 腹部疾病
- 周期性发热/经常发热
- 免疫缺陷
- 单纯疱疹（包括劳累后出现的唇部疱疹）
- 疱疹
- 疣（瘰子）
- 传染性软疣（水瘰子、鼠乳）
- 带状疱疹

- 湿疹
- 复发性细菌感染
- 过敏
- 荨麻疹
- 花粉热

11. 您是否曾被诊断为糖尿病?

- 否
- 没有确诊过, 但我的血糖偏高
- 是, 我是 1 型糖尿病患者 (使用胰岛素治疗)
- 是, 我是 2 型糖尿病患者 (通常使用药物治疗)
- 是, 但我不知道自己属于哪一型糖尿病
- 是, 我曾被诊断为妊娠糖尿病

12. 您使用哪种处方药治疗糖尿病?

- 不用药
- 胰岛素
- 药片
- 胰岛素和药片

13. 您是否曾被诊断为高血压?

- 否
- 是
- 是, 但我仅在怀孕时有高血压

14. 您是否曾服用药物控制血压?

- 否
- 是, 药物名称是: _____

15. 是否有医生告诉过您, 您患有: (如有, 请在下方进行勾选, 并填写您当时的年龄)

- 心肌梗死, 在我_____岁时
- 脑卒中 (中风), 在我_____岁时
- 脑出血, 在我_____岁时
- 心脏动脉搭桥手术, 在我_____岁时
- 心脏支架放置, 在我_____岁时

16. 您最后一次使用以下药物是什么时候? (请在每一行填写您的答案)

	昨天或今天	2-7 天前	1-4 周前	1-12 个月前	一年多前	没用过
非甾体类抗炎药 即 NSAIDS (阿司匹林, 塞来昔布, 双氯芬酸钠, 双氯芬酸钾, 克他服宁, 扶他林, 二氟尼柳, 依托度酸, 布洛芬, 布洛芬制剂, 艾德维尔, 吲哚美辛, 吲哚, 酮洛芬, 酮咯酸, 氨丁美酮, 萘普生, 萘普生钠, 奥沙普嗪, 吡罗昔康, 双水杨酸酯, 舒林酸, 托美汀)						
扑热息痛, 泰诺, 达奎尔, 奈奎尔, 埃克塞德林, 辛那普						
哮喘药物 (支气管扩张剂万托林, 沙丁胺醇)						
口服或注射类固醇激素 (泼尼松, 甲基强的松龙, 地塞米松, 氢化可的松)						
吸入性类固醇激素 (舒利迭, 倍氯米松, 布地奈德, 环索奈德, 氟尼索胺, 氟尼缩松, 氟替卡松或莫美松)						
抗组胺药物 (苯海拉明, 氯雷他定, 仙特明)						
抗生素						
预防心脏病发作或中风的阿司匹林						
阿司匹林以外的抗血小板药物 (如氯吡格雷, 普拉格雷, 替格瑞洛, 西洛他唑)						
抗凝药 (如艾乐妥, 拜瑞妥, 华法林, 及其他与华法林相似的药)						
抗高血压 ACE 抑制剂 (贝那普利, 卡托普利, 福辛普利, 赖辛普利等)						
降低胆固醇的他汀类药物 (如阿托伐他汀或辛伐他汀)						

治疗高血压的 ARB 类药物 (如阿齐沙坦酯, 坎地沙坦, 依普沙坦, 厄贝沙坦等)						
他克莫司						
环孢素						
硫唑嘌呤						
抗肿瘤药物或者化疗药						
霉酚酸酯						
免疫制剂, 如依那西普, 阿达木单抗, 托西珠单抗, 阿那白滞素, 奥马珠单抗, 杜匹单抗等						
输注类免疫制剂, 如英夫利昔单抗 (瑞米凯德), 利妥昔单抗, 阿巴西普 (奥瑞西纳) 和贝利木单抗 (贝利斯塔) 等						
甲状腺药物: 左旋甲状腺素						
法莫替丁						
糖尿病药物: 二甲双胍						
质子泵抑制剂: 奥美拉唑						
降低血压的 β 受体阻滞剂 (美托洛尔、阿替洛尔、曲马多等)						
抗抑郁药或 SSRI (舍曲林、氟西汀、西酞普兰、曲唑酮、艾司西酞普兰等)						
用于止痛的阿片类药物 (氢可酮 等)						
治疗 HIV 的药物 (洛匹那韦/利托那韦、地瑞那韦/利托那韦、富马酸替诺福韦双丙酯(TDF)、富马酸替诺福韦丙氨酸酰胺(TAF), 以及含有这些药物成分的联合制剂)						

17. 在感染新冠前, 您最后一次使用抗生素的时间是?

- 上个月
 去年
 1-5 年前 (包括 5 年)
 5-10 年前 (包括 10 年)
 早于 10 年前
 从未使用抗生素

18. 上一次医生给您开抗生素的原因是?

- 呼吸道感染 (如喉部链球菌感染, 鼻窦炎, 支气管炎, 肺炎)
 伴有呕吐和 (或) 腹泻的肠胃炎
 泌尿系统感染
 皮肤感染/伤口感染
 其他原因
 我不清楚原因
 我从未用过抗生素

19. 您使用了多长时间的抗生素?

- 3 天
 7 天
 14 天
 超过 14 天
 我不清楚

20. 您平均多久感冒一次?

- 我从不感冒
 2 年一次
 1 年一次
 1 年两次以上

21. 您的血型是 (请同时选择 Rh 血型及 ABO 血型类型)?

- A 型

- AB 型
- O 型
- 我不清楚

Rh 血型

- Rh-阳性
- Rh-阴性
- 我不清楚

22. 在您被确诊为新冠患者/新冠疑似患者/新冠患者密切接触者时，您是否刚从境外返回？

- 否
- 是，境外国家/地区：_____，在外具体日期：_____

23. 有多少下述年龄段的人和您一起居住？包括你自己。

(在该年龄段前填写同住家人的人数，如无此年龄段同住者，请填写0)

- __3 岁以下
- __3-6 岁
- __7-17 岁
- __18-64 岁
- __65-79 岁
- __80 岁或以上

24. 您的住所为什么样的户型？

- 开放式·
- 一卧室公寓·
- 两卧室公寓·
- 三卧室（或更多）公寓·
- 联排别墅·
- 独立式房屋
- 疗养院或康复机构·
- 无家可归
- 不方便回答此问题

25. 您家中有几人已感染/疑似感染了 COVID 19？

_____人

26. 您的家人中有无：

- 被诊断出 COVID-19？与您的关系：_____
- 疑似患有 COVID-19？与您的关系：_____
- 因 COVID-19 住院？与您的关系：_____
- 因 COVID-19 死亡？与您的关系：_____

27. 您的家人是否有患有免疫缺陷或免疫相关疾病？

- 是·
- 否

28. 您的家人患有下列哪些疾病？

- 癌症，请具体说明_____·
- 心脏病·
- 高血压·
- 糖尿病·
- 肾脏疾病，请具体说明_____·
- 其他，请具体说明_____·

29. 在生病的前两周，您在公共场合戴口罩的频率？

- 从不·

- 很少·
- 通常·
- 总是

30. 在生病的前两周，您同住的人在公共场合戴口罩的频率？

- 从不·
- 很少·
- 通常·
- 总是

31. 在生病之前的两周内，您使用消毒洗手液的频率？

- 从不·
- 很少·
- 通常·
- 总是

32. 在生病的前两周，与您同住的人使用消毒洗手液的频率？

- 从不·
- 很少·
- 通常·
- 总是

33. 在生病之前的两周内，您是否有意与他人保持社交距离？

- 从不·
- 很少·
- 通常·
- 总是

34. 在生病之前的两周内，与您同住的人能否有意与他人保持社交距离？

- 从不·
- 很少·
- 通常·
- 总是

35. 在生病之前的两周内，您多久离开住处一次？

- 从不
- 每周 3-4 次
- 每天·
- 每天多次

36. 家里有宠物吗？如果有，请选择是哪一种：

- 狗·
- 仅室内活动的猫·
- 室内/室外活动的猫·
- 其他：_____

37. 您生病前最后一次与猫狗密切接触是什么时候？

- 一天前·
- 一周前·
- 一个月前·
- 一个多月前·
- 不记得了

38. 在生病前的两周里，您是如何购买生活用品的？

- 送货上门·

- 网上订购/店内提货·
- 到店购买·
- 未购物

39. 生病前两周您乘坐了什么交通工具？（本题为多选，请选出所有）

- 地铁·
- 公共汽车·
- 出租车
- 飞机·
- 私家车

40. 您生病前两周能够实现远程办公吗？

- 是□
- 否□
- 因 COVID19 爆发而失业
- 在患病前已经失业或退休

41. 您过去一年家庭人均税前收入水平？

- \$0 至 \$9999□
- \$10000 至 \$14999□
- \$15000 至 \$19999□
- \$20000 至 \$34999□
- \$35000 至 \$49999□
- \$50000 至 \$74999□
- \$75000 至 \$99999□
- \$100000 至 \$199999□
- \$200000 或以上□
- 不知道/不确定□
- 不方便回答此问题

42. 你通常如何支付医疗费用？□

- 工作保险·
- 从“奥巴马医保”购买的保险·
- 医疗保险·
- 医疗补助·
- 印度医疗服务·
- 退伍军人·
- 未投保·
- 不确定/拒绝回答此问题

43. 您的受教育程度是？

- 未受过系统教育
- 8 年级以下
- 8-11 年级
- 12 年级或完成高中学业
- 高中毕业后职业培训
- 大学本科肄业
- 大学本科毕业
- 研究生及以上
- 不清楚/不确定
- 不方便回答此问题

44. 您生病时最常求医的地方是？

- 诊所或健康中心·
- 医生办公室或健康管理办公室·

- 医院急诊室·
- 医院门诊部·
- 其他地方（例如，信仰治疗师、针灸等）·
- 不就医
- 不方便回答此问题

45. 去年您进行过体检吗？

- 是
- 否
- 不确定

46. 您每次就医需要花费多长时间？

- <10 分钟□
- 10-30 分钟□
- 30-60 分钟□
- 1-2 小时□
- >2 小时□
- 不清楚
- 不方便回答此问题

47. 你出生时的性别？

- 男性
- 女性
- 男跨女：生理性别为男性，选择社会性别为女性
- 女跨男：生理性别为女性，选择社会性别为男性
- 其他
- 不方便回答此问题

48. 您的性取向是？

- 无性
- 双性
- 男同性恋
- 女同性恋
- 异性恋
- 泛性恋
- 同性恋者
- 尚未明确或不确定
- 不方便回答此问题

49. 您的年龄是：_____岁

50. 您的体重是：_____磅

51. 您的身高是？_____米

52. 您的种族是？

- 西班牙或拉丁美洲裔
- 欧洲白人
- 亚裔
- 黑人
- 美洲人
- 太平洋岛原著民
- 不知道
- 不愿回答

53. 您进行日常体育锻炼的强度是？

- 我读书、看电视以及做一些不费力的家务
- 我步行、骑单车，或者做其他包括：行走、打猎以及轻量级的园艺工作，频率是每周数天
- 我每周都做数小时的体育锻炼，包括慢跑、滑冰、举重、健美操、游泳、球类运动或者繁重的园艺工作
- 我每天都进行竞技性体育训练

54. 您是否抽烟？

- 我从不抽烟
- 我曾经抽烟，但已戒烟
- 我偶尔抽烟
- 我每天都抽烟。平均每天抽 _____支

55. 您是否抽电子烟？

- 我从不抽
- 我曾经抽，但已经戒断
- 我偶尔抽
- 我每天都抽。平均每天抽 _____支

56. 您喝酒（包括饮用含酒精饮品）的频率？

- 从不
- 每月 1 次或更少
- 每月 2-4 次
- 每周 2-3 次
- 每周 4 次或更多

57. 您认为您去年一年的酒精摄入频率是每周：_____次

58. 您的文化水平是？

- 小学程度
- 职业学校
- 中学程度
- 大学本科程度
- 研究生程度及更高

59. 您的职称是：_____

60. 去年以来，您是否有从事医护工作？

- 是
- 否

61. 去年以来，您是否有从事过教师或照顾幼儿的工作？

- 是
- 否

62. 去年以来，您是否有从事食品服务行业的工作？

- 是
- 否

63. 您是否经常乘坐公共交通(地铁, 火车, 公交)?

- 是
- 否

64. 您是否经常乘坐出租车或共享汽车出行？

- 是
- 否

65. 在过去的一周中，您是否时常处于紧张、焦虑的情绪之中？

- 从不
- 有几天
- 每周有一半的时间会
- 几乎每天都会

66. 在过去的一周中，您是否时常无法停止担心？

- 从不
- 有几天
- 每周有一半的时间会
- 几乎每天都会

67. 许多患者在这段时间中会感受到孤独，您在过去的一周中您是否时常感到孤独？

- 从不
- 有几天
- 每周有一半的时间会
- 几乎每天都会

对于年龄小于 18 岁的参与者，请父母代表儿童填写下列问题。

68. 您的孩子是否为早产（在孕 37 周以前出生）？

- 是
- 否

69. 您的孩子是否为母乳喂养？

- 是
- 否

70. 如问题 69 回答是，请问母乳喂养的时间有多长？

- 1-12 个月
- >12 个月

对于女性患者，接下来是关于妊娠的问题：

71. 您是否怀孕，或在一个月内存分娩？

- 我正怀孕
- 我上个月生完孩子
- 没有，我没怀孕，最近也没生过孩子

72. 您目前的孕周是：

- 6 - 14 周
- 14 - 24 周
- 24 - 32 周
- 32 - 36 周
- > 36 周

73. 自感染 COVID-19 以来，是否有任何妊娠期并发症？

- 是
- 否

74. 如果是，符合以下哪种并发症？

- 流产，如果有，多少次？ _____
- 早产
- 先兆子痫
- 其他

75. 你现在还在母乳喂养吗？

- 是
- 否

76. 您一共生育过几个孩子？ _____

如果您认为您的家庭成员中有人感染了 COVID-19，且愿意参加这项研究，请您在下方提供他们的名字以及联系方式。

姓名：

邮箱地址：

电话号码：

姓名：

邮箱地址：

电话号码：