

## Columbia Questionario COVID-19 – Versione 2.3

L'infezione da COVID-19 e' un'emergenza prioritaria nel mondo. Lei sta partecipando a questa ricerca perche' ha o puo' aver contratto infezione da virus COVID-19 (SARS-COV2). Rispondendo a queste domande sulla sua esperienza di questa malattia virale, Lei sara' parte di una ricerca tempestiva per capire perche' alcune persone sviluppano una malattia grave, mentre altre manifestano pochi o nessun sintomo. Questo questionario richiede circa 15 minuti per essere completato. Stiamo lavorando per raccogliere informazioni rapidamente, condividere informazioni senza identificarLa con i ricercatori di tutto il mondo e imparare rapidamente per aiutare altri. Il questionario sara' deidentificato prima di essere usato a scopo di ricerca. I suoi dati servono per eventuali successivi contatti.

**Nome:**

**Email:**

**Numero telefonico:**

**Cap:**

**Data di compilazione questionario:**

**1. Per favore, selezioni la scelta piu' accurata per descrivere il Suo test per coronavirus**

- Si, tampone nasale, data del test \_\_\_\_\_
- Si, test anticorpi su siero, data del test \_\_\_\_\_
- Non sono stato testato, ma sospettato COVID
- Non sono stato testato e non ho sintomi
- Il mio test era negativo, data del test \_\_\_\_\_
- Non so

**2. Come e' stata trattata la Sua infezione? (scelegga una risposta singola che rifletta il livello piu' intensivo di cura)**

- La mia infezione e' stata gestita a casa
- Sono stato visitato nella tenda di screening, ma mandato a casa
- Sono stato visitato in pronto soccorso, ma mandato a casa
- Sono stato ricoverato
- Sono stato in terapia intensiva

**3. Per quanto e' stato malato?**

- Primo giorno con sintomi, data \_\_\_\_
- Ultimo giorno con sintomi, data \_\_\_\_
- Non so/ non ricordo

**4. Per favore, descriva i Suoi sintomi (segna tutte le risposte appropriate):**

- tosse, per quanti giorni \_\_\_\_
- febbre, per quanti giorni \_\_ , temperatura massima \_\_\_\_\_
- difficolta' respiratoria, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- dolore toracico, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- sudorazione notturna, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- esantema, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- fatica
- mal di testa
- dolori muscolari
- rinite
- mal di gola
- diarrea
- nausea o vomito
- dolore addominale
- urine schiumose, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- ematuria (sangue nelle urine), per quanti giorni \_\_\_\_\_
- perdita parziale o totale dell'olfatto, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- perdita parziale o totale del gusto, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- perdita di coscienza
- epilessia

**5. Se e' stato ricoverato, ha ricevuto i seguenti trattamenti? (selezioni tutte le risposte appropriate)**

- Supplementazione ossigeno con canula nasale, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- Maschera ossigeno, BIPAP, o CPAP, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- Intubazione con supporto del ventilatore, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- Problemi renali che abbiano richiesto dialisi di qualunque tipo, per quanti giorni \_\_\_\_\_
- Problemi cardiaci che abbiano richiesto cateterismo cardiaco
- Problemi epatici o epatite
- Trombosi alle gambe o ai polmoni
- Shock settico che abbia richiesto supporto di pressione sanguigna con infusioni
- Altre complicazioni, per favore specificare \_\_\_\_\_

**6. Sa se i dottori hanno usato uno dei seguenti farmaci per trattare la sua malattia COVID-19? (selezioni tutte le risposte appropriate):**

- Tachipirina (paracetamolo)
- FANs (ibuprofene, aspirina, naproxene, celecoxib, diclofenac, indometacina, piroxicam)
- Idossiclorochina (Plaquenil) or Clorochina
- Azitromicina (Zitromax)
- Ranitidina o Omeprazolo
- Corticosteroidi (prednisone, metiprednisolone, desametasone, idrocortisone)
- Bloccanti IL-6 pathway (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)
- Inibitori Janus Kinasi (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- Remdesivir or altri inibitori delle proteasi
- Tamiflu (oseltamivir) o Xofluza (baloxavir marboxil)
- Farmaci anti HIV [lopinavir/ritonavir, tenofovir (TDF, TAF)]
- Sofosbuvir
- Ribavirina
- Interferone Alpha
- Plasmaferesi (anticorpi da donatore)
- Broncodilatatori (farmaci per asma)
- Non so

**7. Se e' stato trattato con idrossiclorochina (Plaquenil), per favore descriva se ha presentato effetti collaterali (selezioni tutte le risposte appropriate):**

- Nausea o vomito
- Rash cutaneo
- Rash cutaneo severo necrotizzante
- Mal di testa o emicrania
- Problemi di visione o cecita'
- Sudorazione notturna
- Insonnia
- Problemi cardiaci
- Battiti cardiaci anormali, aritmia
- Acufeni, fischi alle orecchie
- Tinnito, ronzio alle orecchie
- Perdita di sensibilita' alle mani o piedi
- Convulsioni
- Perdita di coscienza, sincope
- Allucinazioni visive, uditive
- Nessuna delle precedenti

**8. E' stato vaccinato quest'anno per una delle seguenti condizioni? (selezioni tutte le risposte appropriate):**

- Influenza
- Anti pneumococco or Pneumovax
- Anti Tubercolosi (TB) anti vaccine (BCG) in qualunque momento della sua vita
- Nessuna delle precedenti
- Non so

**9. Come avrebbe valutato il proprio stato di salute generale prima dell'infezione?**

- Eccellente

- Molto buona
- Buona
- Discreta
- Scarsa

**10. Ha mai avuto diagnosi o ha assunto terapia per una delle seguenti condizioni? (selezioni tutte le risposte appropriate):**

- Scompenso cardiaco
- Infarto miocardico
- Fibrillazione atriale, palpitazioni, tachicardia
- Impianto Pacemaker
- Aritmie o arresto cardiaco
- Malattia renale cronica
- Proteine nelle urine
- Sangue nelle urine
- Insufficienza renale trattata con dialisi
- Insufficienza renale che ha richiesto trapianto renale
- Malattia epatica o cirrosi
- Insufficienza epatica che ha richiesto trapianto di fegato
- Insufficienza cardiaca che ha richiesto trapianto di cuore
- Asma
- Obesita'
- Apnee notturne
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- Pressione alta nei polmoni (ipertensione polmonare)
- Altri disordini del polmone, specificare: \_\_\_\_\_
- Disordini neurologici (es. ALS, Parkinson, Huntington)
- Demenza
- Tumori
- Osteoartriti
- Artrite reumatoide
- Altri tipi di artriti infiammatorie, specificare \_\_\_\_\_
- Infezioni ricorrenti orecchio/sinusite
- HIV
- Anemia
- Trombosi alle gambe o polmoni
- Trapianto di midollo osseo
- Malattie della tiroide
- Lupus
- Sclerosi Multipla
- Colite ulcerosa
- Malattia di Crohn
- Celiachia
- Febbri periodiche/ricorrenti
- Immunodeficienze
- Vesciche
- Herpes
- Verruche
- Molluschi
- Herpes Zoster
- Eczema
- Infezioni batteriche ricorrenti
- Allergie
- Orticaria
- Febbre da fieno

**11. Ha mai avuto diagnosi di diabete?**

- no
- no, zucchero nel sangue (glicemia) elevato
- si, diabete tipo 1 (trattato con insulina)
- si, diabete tipo 2 (spesso trattato con pillole)

- si, ma non so che tipo
- si, diabete gestazionale

**12. Quali farmaci prescritti dal medico assume per il diabete?**

- nessuno
- insulina
- pillole
- insulina e pillole

**13. Ha mai avuto diagnosi di ipertensione o pressione sanguigna alta?**

- no
- si
- si, ma solo durante la gravidanza

**14. Ha mai assunto farmaci per la pressione alta?**

- no
- si, quali farmaci? \_\_\_\_\_

**15. Un medico Le ha mai detto che ha subito un (se si indicare a che eta'):**

- Attacco di cuore, eta' \_\_\_
- ictus, eta' \_\_\_
- emorragia cerebrale, eta' \_\_\_
- intervento chirurgico di bypass arterioso, eta' \_\_\_
- cateterismo cardiaco o stent, eta' \_\_\_

**16. Quando e' stata l'ultima volta che ha usato uno dei seguenti farmaci? (per favore compila ogni riga).**

	Oggi o ieri	2-7 giorni fa	1-4 settimane fa	1-12 mesi fa	Piu' di un anno fa	Mai
Antiinfiammatori non steroidei (aspirina, celecoxib, diclofenac, Diclorem, Voltaren, diflunisal, etodolac, ibuprofene, Nurofen, indometacina, ketoprofene, Oki, nimesulide, Aulin, ketorolac, nambumetone, naproxene, Naprossene, piroxicam, Feldene, salsalato, acido salicilico, sulindac, tolmetina)						
Paracetamolo, Tachipirina, Efferalgan,						
Farmaci per asma (broncodilatatori Ventolin, salbutamolo)						
Steroidi orali o iniettabili (prednisone, metilprednisolone, desametasone, idrocortisone)						
Corticosteroidi inalanti ( beclometasone, budesonide, ciclesonide, flunisolide, fluticasone, o mometasone)						
Antiistaminici (Cerchio, Zyrtec)						
Antibiotici						
Cardioaspirina						
Antiaggreganti diversi da aspirina (es. clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, cilostazol)						
Anticoagulanti (Coumadin, Warfarin o simili)						
ACE inibitori per pressione alta (Enalapril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.)						
Statina per abbassare il colesterolo (tipo as atorvastatina or simvastatina)						
Bloccanti recettori angiotensina per pressione alta (azilsartan, candesartan, eprosartan, irbesatan, etc.)						
Tacrolimus						
Ciclosporina						
Azatioprina						
Farmaci anti tumorali o chemioterapia						
Micofenolato						
Iniezioni per condizioni immuni tipo Enbrel, humira, actemra, anakinra, Xolair, dupixent						

Iniezioni per condizioni immuni tipo infliximab (Remicade), rituximab, abatacept (Orencia), e belimumab (Benlysta)						
Farmaci per la tiroide levothyroxine						
Famotidina						
Farmaci per diabete metformina						
Inibitori pompa protonica omeprazolo						
Beta bloccanti per abbassare la pressione sanguigna (metoprololo, atenololo, tramadolo ...)						
Antidepressivi o inibitori selettivi della serotonina (SSRI) (sertralina, fluoxetina, citalopram, trazodone, escitalopram, ...)						
Opioidi come antidolorifici (idrocodone, ...)						
Farmaci HIV (lopinavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, tenofovir disoproxil fumarato (TDF), tenofovir alafenamide fumarato (TAF), e combinazioni di farmaci contenenti questi principi attivi)						

**17. Prima del Covid19, quando e' stata l'ultima volta che un dottore Le ha prescritto un antibiotico?**

- Il mese scorso
- L'anno scorso
- Entro gli ultimi 5 anni
- Entro gli ultimi 10 anni
- Piu' di 10 anni fa
- Mai

**18. Per quale motivo, il dottore Le ha prescritto antibiotici l'ultima volta?**

- Infezione respiratoria (es. Infezione da streptococco, sinusite, bronchite, polmonite)
- gastroenterite, che causava diarrea e/o vomito
- infezioni vie urinarie
- infezioni della pelle o ferite infette
- altro
- non so
- non ho mai preso antibiotici

**19. Quanto e' durato il ciclo di antibiotico?**

- 3 giorni
- 7 giorni
- 14 giorni
- Piu' di 14 giorni
- Non so

**20. Quanto spesso prende il raffreddore?**

- Mai
- Una volta ogni due anni
- Una volta all'anno
- Due volte all'anno o piu'

**21. Quale e' il Suo gruppo sanguigno?**

- A
- B
- AB
- 0
- Non so

- Rh-positivo
- Rh-negativo
- Non so

**22. Era all'estero prima di ammalarsi/ essere esposto o essere sospettato di infezione COVID-19?**

- no
- si, paese: \_\_\_\_\_ date esatte del viaggio: \_\_\_\_\_

**23. Quante persone vivono nel Suo appartamento/casa? Incluso Lei.**

(compila con 0 se non conviventi in quella fascia d'età)

- minore di 3 anni
- 3-6 anni
- 7-17 anni
- 18-64 anni
- 65-79 anni
- 80 anni o piu'

**24. In che tipo di casa abita?**

- Monocale
- Bilocale
- Due camere da letto
- Tre o piu' camere da letto
- Casa a schiera
- Casa indipendente
- Casa di cura, o di riabilitazione
- Senza casa
- Preferisce non rispondere

**25. Quante persone nella sua abitazione sono state infettate o sospettate di aver contratto COVID-19?**

\_\_\_\_\_persone

**26. Qualche suo familiare :**

- e' stato diagnosticato COVID-19? parentela: \_\_\_\_\_
- e' stato sospettato COVID-19? parentela: \_\_\_\_\_
- e' stato ricoverato per COVID-19? parentela: \_\_\_\_\_
- e' deceduto per COVID-19? parentela: \_\_\_\_\_

**27. Qualche suo familiare ha una immunodeficienza o una condizione immuno-mediata?**

- si
- no

**28. Quale malattia e' presente nella sua famiglia?**

- tumore, specificare \_\_\_\_\_
- malattia cardiaca
- ipertensione
- diabete
- malattia renale, specificare \_\_\_\_\_
- altre, specificare \_\_\_\_\_

**29. Nelle due settimane precedenti alla malattia, quanto spesso ha indossato una mascherina in pubblico?**

- mai
- raramente
- solitamente
- sempre

**30. Nelle due settimane precedenti alla malattia, quanto spesso la gente che vive con Lei ha indossato una mascherina in pubblico?**

- mai
- raramente
- solitamente
- sempre

**31. Nelle due settimane precedenti alla malattia, quanto spesso ha usato il gel disinfettante per le mani?**

- mai
- raramente
- solitamente
- sempre

**32. Nelle due settimane precedenti alla malattia, quanto spesso le persone che vivono con lei hanno usato il gel disinfettante per le mani?**

- mai
- raramente
- solitamente
- sempre

**33. Nelle due settimane precedenti alla malattia, quanto spesso ha coscientemente rispettato il distanziamento sociale dagli altri?**

- mai
- raramente
- solitamente
- sempre

**34. Nelle due settimane precedenti alla malattia, quanto spesso le persone che vivono con lei hanno coscientemente rispettato il distanziamento sociale dagli altri?**

- mai
- raramente
- solitamente
- sempre

**35. Nelle due settimane precedenti alla malattia, quanto spesso ha lasciato il Suo appartamento?**

- mai
- 3 - 4 volte a settimana
- ogni giorno
- piu' volte al giorno

**36. Ha animali a casa? Se si, indicare quali:**

- cane
- gatto stanziale in appartamento
- gatto che entra e esce da appartamento
- altro: \_\_\_\_\_

**37. Quando e' stata l'ultima volta che ha accarezzato un cane o un gatto prima di ammalarsi?**

- Un giorno
- Una settimana
- Un mese
- Piu' di un mese
- Non so

**38. Nelle due settimane precedenti alla malattia, come ha fatto la spesa?**

- Consegna a domicilio
- Ordine online / ritiro in negozio
- Andato al negozio
- Non ho comprato

**39. Che mezzo di trasporto ha adoperato nelle due settimane precedenti alla malattia? (selezioni tutte le risposte appropriate)**

- metro
- bus
- taxi o simile
- aeroplano
- auto

**40. Ha potuto lavorare da casa nelle due settimane precedenti alla malattia?**

- si
- no
- NA (perso lavoro come conseguenza del COVID19)
- NA (disoccupato o pensionato prima della malattia)

**41. Pensando anche ai membri della Sua famiglia, quanto e' l'entrata annuale pre-tasse dell'ultimo anno del vostro nucleo familiare?**

- Euro 0 – 9.999
- Euro 10.000-14.999
- Euro 15.000-19.999
- Euro 20.000-34.999
- Euro 35.000-49.999
- Euro 50.000-74.999
- Euro 75.000-99.999
- Euro 100.000-199.999
- Euro 200.000 o piu'
- Non so/Non sicuro
- Preferisce non rispondere

**42. Come paga per la sua assistenza sanitaria?**

- Assicurazione lavorativa
- Assicurazione comprata con l' 'Obamacare'
- Medicare
- Medicaid
- Indian Health Service
- VA
- Non assicurato
- Non so/rifiuta

**43. Qual e' il piu' alto grado di scolarizzazione che ha completato?**

- No scolarizzazione
- Meno di 8 anni
- Da 8 a 11 anni
- 12 anni o scuola superiore
- Scuola professionale
- Laurea triennale
- Laurea
- Post-laurea
- Non so/Non sicuro
- Preferisco non rispondere

**44. Dove va ABITUALMENTE quando e' malato?**

- Clinica o centro salute
- Studio medico mmg o pls
- Pronto Soccorso
- Ambulatorio ospedaliero
- Altro (for example, guaritori, botanica, agopuntura etc.)
- Non vado in un posto
- Preferisce non rispondere

**45. Ha fatto check-up di controllo nell'ultimo anno?**

- si
- no
- non sicuro

**46. Quando dista dal Suo medico?**

- <10 minuti
- 10-30 minuti
- 30-60 minuti
- 1-2 ore
- >2 ore
- Non so
- Preferisce non rispondere

**47. Di che sesso e'?**



- Maschio
- Femmina
- Trans uomo
- Trans donna
- Altro
- Preferisce non rispondere

**48. Qual e' il Suo orientamento sessuale?**

- Asessual
- Bisessual
- Gay
- Lesbica
- Eterosessuale
- Pan-sessual
- Queer
- Dubbio
- Preferisce non rispondere

**49. Quanti anni ha:** \_\_\_\_\_ anni

**50. Quanto pesa:** \_\_\_\_\_ kg

**51. Quanto e' alto?** \_\_\_\_\_ cm

**52. Qual e' la Sua etnia?**

- Ispanico o latino
- Bianco - Caucasico
- Asiatico
- Nero
- Nativo Americano
- Pacific Islander
- Non so
- Preferisce non rispondere

**53. Qual e' il Suo livello di attivita' fisica abituale?**

- Leggo, guardo TV e svolgo compiti non gravosi fisicamente
- Cammino, vado in bici, o sono comunque fisicamente attivo per diversi giorni durante la settimana. Incluso altre attivita': camminare, lavorare in giardino
- Faccio sport di resistenza per diverse ore alla settimana incluso corsa, sci, sollevamento pesi, ginnastica callistenica, nuoto, calcio, rugby, pallavolo, basket o gravoso lavoro in giardino.
- Mi alleno quotidianamente per sport competitivi.

**54. Fuma?**

- Non ho mai fumato con regolarita'.
- Fumavo ma ho smesso.
- Fumo raramente.
- Fumo ogni giorno. Quante sigarette al giorno in media: \_\_\_\_\_

**55. Fuma sigarette elettroniche?**

- Non ho mai fumato con regolarita'
- Fumavo ma ho smesso.
- Fumo raramente.
- Fumo ogni giorno.

**56. Quanto spesso consuma bevande alcoliche?**

- mai
- una volta al mese o meno
- 2-4 volte al mese
- 2-3 volte a settimana
- 4 volte a settimana o piu' spesso

**57. Quando pensi al tuo abituale consumo di alcol nell'ultimo anno, quanto abitualmente bevi in una settimana:**

\_\_\_\_\_

**58. Qual e' il suo livello di istruzione?**

- Scuola elementare
- Scuola media
- Scuola superiore
- Laurea
- Masters o altro

**59. Qual e' il suo lavoro:** \_\_\_\_\_

**60. Nell'ultimo anno, e' stato un lavoratore nella sanita'?**

- Si
- No

**61. Nell'ultimo anno, ha lavorato come insegnante o come assistente ai bambini?**

- Si
- No

**62. Nell'ultimo anno, ha lavorato nell'industria alimentare?**

- Si
- No

**63. Abitualmente si sposta con i mezzi pubblici? (metro, treno, bus)?**

- Si
- No

**64. Abitualmente si sposta usando taxi o servizio di car sharing?**

- Si
- No

**65. Nell'ultima settimana, quante volte si e' sentito ansioso o nervoso?**

- Per niente
- Molti giorni
- Piu' della meta' dei giorni
- Quasi ogni giorno

**66. Nell'ultima settimana quanto spesso non e' riuscito a smettere di preoccuparsi?**

- Per niente
- Molti giorni
- Piu' della meta' dei giorni
- Quasi ogni giorno

**67. Molti pazienti possono sentire solitudine in questo periodo. Quanto spesso si e' sentito solo durante la scorsa settimana?**

- Per niente
- Molti giorni
- Piu' della meta' dei gironi
- Quasi ogni giorno

**Per partecipanti sotto I 18 anni, I genitori dovrebbero compilare il questionario.**

**68. Suo figlio e' nato prematuro (prima di 37 settimane)?**

- Si
- No

**69. Suo figlio e' stato allattato al seno?**

- Si
- No

**70. Se si, per quanto?**

- 1 mese -12 mesi
- >12 mesi

**Per donne, le seguenti domande sono per la gravidanza:**

**71. E' in gravidanza o ha partorito nell'ultimo mese?**

- Sono in gravidanza
- Ho partorito nell'ultimo mese
- No, non sono in gravidanza e non ho partorito nell'ultimo mese

**72. La mia gravidanza e; attualmente di :**

- 6 -14 settimane
- 14 - 24 settimane
- 24 - 32 settimane
- 32 - 36 settimane
- oltre 36 settimane

**73. Ha avuto complicazioni con la gravidanza dovute all'infezione COVID-19?**

- Si
- No

**74. Ise si, quali?**

- Aborto, ise si quante volte \_\_\_\_\_
- Travaglio prematuro
- Pre-eclampsia
- Altro

**75. Sta attualmente allattando?**

- Si
- No

**76. Quanti figli ha avuto? \_\_\_\_\_**

**Se ci sono membri della sua famiglia che crede possano aver contratto infezione e che vorresti facessero parte di questo studio, per favore lasciaci il loro nome e contatto.**

Nome:

Email:

Numero di telefono:

Nome:

Email:

Numero di telefono: