

Columbia COVID-19: Kwestionariusz Pacjenta, Wersja 2.3

Infekcja COVID-19, jest poważnym wyzwaniem dla całego świata. Uczestniczą Państwo w tym badaniu, ponieważ byli Państwo, bądź mogli zostać zakażeni wirusem SARS-COV-2 wywołującym chorobę znaną jako COVID-19.

Odpowiadając na poniższe pytania, dotyczące doświadczeń związanych z chorobą wirusową, zostaną Państwo włączeni do aktualnego badania, które ma na celu wyjaśnienie, dlaczego niektóre osoby chorują ciężko, podczas gdy pozostali chorują łagodnie bądź nie wykazują żadnych objawów.

Wypełnienie tej ankiety zajmie Państwu około 15 minut. Pracujemy nad zebraniem tych informacji szybko, aby móc się nimi dzielić (bez ujawniania Państwa danych osobowych) z naukowcami na całym świecie i szybko zdobywać wiedzę by móc pomagać innym. Przed wykorzystaniem ankiet na potrzeby badania, Państwa dane osobowe zostaną usunięte, tak aby informacje były anonimowe. Informacje kontaktowe zostaną wykorzystane wyłącznie w celu możliwości późniejszego skontaktowania się z Państwem.

Imię i Nazwisko:

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Kod pocztowy:

Data uzupełnienia kwestionariusza (zebrana elektronicznie)

1. Proszę wybrać najbardziej pasującą odpowiedź, opisującą Państwa badanie w kierunku zakażenia koronawirusem:

- Byłem badany testem na podstawie wymazu z nosa, data testu _____
- Byłem badany testem na obecność przeciwciał we krwi, data testu _____
- Nie byłem badany, ale miałem podejrzenie COVID-19
- Nie byłem badany i nie miałem objawów COVID-19
- Mój test dał wynik negatywny, data testu _____
- Nie wiem

2. Jak była leczona Państwa infekcja? (proszę zaznaczyć tylko JEDNĄ odpowiedź wybierając najbardziej zaawansowany poziom udzielonej opieki zdrowotnej):

- Moja infekcja była leczona w domu
- Byłem badany w klinice/przychodni lub namiocie przyszpitalnym, ale zostałem odesłany do domu
- Byłem badany w szpitalnym oddziale ratunkowym, ale zostałem odesłany do domu
- Zostałem przyjęty do szpitala
- Byłem na oddziale intensywnej terapii

3. Jak długo byli Państwo chorzy?

- Pierwszy dzień objawów, data _____
- Ostatni dzień objawów, data _____
- Nie wiem/nie pamiętam

4. Proszę zaznaczyć wszystkie objawy, które Państwo u siebie stwierdzili:

- kaszel, przez ile dni _____
- gorączka, przez ile dni _____, najwyższa temperatura _____
- duszność, przez ile dni _____
- ból klatki piersiowej, przez ile dni _____
- nocne poty, przez ile dni _____
- wysypka, przez ile dni _____
- zmęczenie
- ból głowy
- ból mięśni
- katar
- ból gardła
- biegunka
- nudności lub wymioty
- ból brzucha

- pniący się mocz, przez ile dni _____
- czerwony mocz, przez ile dni _____
- częściowa lub całkowita utrata węchu, przez ile dni _____
- częściowa lub całkowita utrata smaku, przez ile dni _____
- utrata przytomności
- drgawki

5. Jeśli byli Państwo hospitalizowani, czy mieli Państwo? (proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi):

- Tlenoterapię przez kaniulę donosową (tzw. „wąsy”), przez ile dni _____
- Tlenoterapię przez maskę, dwufazową wentylację dodatnim ciśnieniem (BIPAP) lub wentylację w układzie CPAP, przez ile dni _____
- Intubację i wspomaganie oddechu respiratorem, przez ile dni _____
- Problemy z nerkami, wymagające dializy jakiegokolwiek typu, przez ile dni _____
- Problemy z sercem wymagające jego cewnikowania
- Problemy z wątrobą lub jej zapalenie
- Zakrzepy w naczyniach nóg lub płuc
- Wstrząs septyczny wymagający tzw. amin presyjnych (leków podtrzymujących ciśnienie tętnicze)
- Inne powikłania, proszę wymienić _____

6. Czy wiedzą Państwo, czy lekarze podczas leczenia choroby COVID-19 zastosowali u Państwa którykolwiek z wymienionych leków? (proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi):

- Acetaminofen (np. APAP, Paracetamol)
- Niesteroïdowe Leki Przeciwzapalne, NLPZ (ibuprofen, aspiryna, naproksen, celecoxib, diklofenak, indometacyna, piroksydam)
- Hydroksychlorochina (np. Plaquenil) lub Chlorochina (np. Arechin)
- Azytromycyna (**np. Azimycin, Macromax, Summamed, Zatamax**)
- Ranitydyna (np. Ranigast) lub Famotydyna (np. Famogast)
- Kortykosteroidy (np. Enkorton, Metypred, Soulupred, Deksametazon, Hydrokortyzon)
- Blokery receptora IL-6 (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)
- Inhibitory kinaz JAK (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- inhibitory proteaz (np. **Remdesivir, GS-5735**)
- Oseltamivir (np. Tamiflu)
- Leki na HIV (lopinawir/ritonavir, tenofovir)
- Sofosbuvir**
- Rybawiryna
- Interferon Alfa
- Terapia osoczem (przeciwciała od kogoś innego)
- Leki rozszerzające oskrzela (np. leki na astmę)
- Nie wiem

7. Jeśli byli Państwo leczeni z wykorzystaniem hydroksychlorochiny (Plaquenil), proszę opisać, czy doświadczyli Państwo którekolwiek z następujących objawów (proszę zaznaczyć wszystkie pasujące):

- Nudności lub wymioty
- Zaczerwieniona skóra, wysypka
- Ostra wysypka skórna z martwicą
- Bóle głowy lub migrena
- Problemy ze wzrokiem, ślepotą
- Nocne poty
- Bezsenność
- Problemy z sercem
- zaburzenia rytmu serca
- Dzwonienie w uszach
- Uczucie mrowienia
- Utrata czucia w dłoniach lub stopach
- Drgawki
- Utrata przytomności lub omdlenie
- Słyszenie i widzenie rzeczy które nie istnieją (tzw. omamy wzrokowe i słuchowe)
- Żadne z powyższych

8. Czy byli Państwo w tym roku szczepieni przeciwko następującym chorobom? (proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi):

- Grypie
- Pneumokokom (np. Pneumovax)
- Gruźlicy (szczepionka BCG) - kiedykolwiek w życiu
- Żadne z powyższych
- Nie wiem

9. Jak oceniliby Państwo swój stan zdrowia przed infekcją?

- Znakomity
- Bardzo Dobry
- Dobry
- Dość dobry
- Słaby

10. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Państwa lub leczono którąś z wymienionych poniżej chorób lub dolegliwości (prosze wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi):

- Niewydolność serca
- Zawał serca
- Migotanie przedsionków, zaburzenia rytmu serca
- Wszczepiony rozrusznik serca
- Zatrzymanie akcji serca
- Przewlekła choroba nerek
- Białko w moczu
- Krew w moczu
- Niewydolność nerek wymagająca dializoterapii
- Niewydolność nerek wymagająca przeszczepienia nerki
- Choroby wątroby lub marskość
- Niewydolność wątroby wymagająca przeszczepienia
- Niewydolność serca wymagająca przeszczepienia
- Astma
- Otyłość
- Bezdech senny
- Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)
- Wysokie ciśnienie w płucach (nadciśnienie płucne)
- Inne choroby płuc, jakie: _____
- Zaburzenia Neurologiczne (np. Stwardnienie Zanikowe Boczne, Choroba Parkinsona, Płąsawica Huntingtona)
- Demencja
- Rak
- Osteoporoza
- Reumatoidalne zapalenie stawów
- Inne choroby zapalne stawów, jakie _____
- Nawracające infekcje ucha/zatok
- HIV
- Anemia
- Zakrzepy w nogach i płucach (wcześniejsze)
- Przeszczepienie szpiku kostnego
- Choroby tarczycy
- Toczeń układowy
- Stwardnienie rozsiane
- Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
- Choroba Leśniowskiego-Crohn'a
- Celiakia
- Okresowe/ częste gorączki
- Niedobory odporności
- Opryszczka wargowa
- Kurzajki/brodawki
- Mięczak zakaźny
- Pólpasiec

- Egzema
- Nawracające infekcje bakteryjne
- Alergie
- Pokrzywka
- Katar sienny

11. Czy zdiagnozowano u Państwa cukrzycę?

- nie
- nie, ale mam wysoki poziom cukru we krwi
- tak, cukrzycę typu 1 (leczone insuliną)
- tak, cukrzycę typu 2 (leczone doustnie)
- tak, ale nie wiem jaki typ
- tak, cukrzycę ciążową

12. Jakie przepisane przez lekarza leki przyjmują Państwo na cukrzycę?

- Nie biorę żadnych leków
- Insulina
- Tabletki
- Insulina i tabletki

13. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Państwa nadciśnienie tętnicze lub podwyższone ciśnienie krwi?

- Nie
- Tak
- Tak, ale tylko w trakcie ciąży

14. Czy kiedykolwiek stosowali Państwo leki na nadciśnienie tętnicze?

- Nie
- Tak, jakie leki? _____

15. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział, że mieli Państwo (jeśli tak to proszę podać w jakim wieku):

- Zawał serca, wiek__
- Udar mózgu, wiek __
- Wylew krwi do mózgu, wiek__
- Wszczepienie bajpasów tętnicy wieńcowej, wiek __
- Cewnikowanie serca lub założenie stentów, wiek__

16. Kiedy ostatnio stosowali Państwo leki wymienione poniżej? (prosimy o uzupełnienie odpowiedzi w każdym wierszu).

| | Dziś lub wczoraj | 2-7 dni temu | 1-4 tygodni temu | 1-12 miesięcy temu | Ponad rok temu | Nigdy |
|---|------------------|--------------|------------------|--------------------|----------------|-------|
| Niesteroidowe środki i leki przeciwzapalne (aspiryna, celekoksyb, diklofenak, Ketonal, Kataflam, Voltaren, Ibuprofen, Indomethacin, naproxen, piroxykam, Felden, Sulidnac,) | | | | | | |
| Acetaminophen, Tylenol, APAP | | | | | | |
| Leki na astmę (Ventolin, albuterol) | | | | | | |
| Steroidy doustne lub dożylnie (prednizon, metylprednisolon, deksametazon, hydrokortyzon) | | | | | | |
| Kortykosteroidy wziewne (beclomethasone, budesonide, flunisolide, fluticasone, mometasone) | | | | | | |
| Leki antyhistaminowe (Benadryl, Claritine, Zyrtec) | | | | | | |
| Antybiotyki | | | | | | |
| Aspiryna, zapobiegawczo przeciwko atakom serca lub udarom | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Inne przeciwzakrzepowe leki (wyłączając aspirynę) (np. kłopidogrel, Plavix, prasugrel, ticagrelor, cilostazol) | | | | | | |
| Leki rozrzedzające krew (np. Eliquis, Xarelto, Warfarin Acenokumarol) | | | | | | |
| inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE) w celu obniżenia ciśnienia tętniczego np. Benazepril, Captopril, Lisinpril, Ramipril, Enalapril) | | | | | | |
| Statyny w celu obniżenia poziomu cholesterolu (np. atorwastatyna, simwastatyna) | | | | | | |
| Blokery receptorów angiotensyny (ARB) w celu obniżenia ciśnienia tętniczego np. Losartan, Atacand, Xartan, Lorista, i in. | | | | | | |
| Takrolimus | | | | | | |
| Cyklosporyna | | | | | | |
| Azathiopryna | | | | | | |
| Leki przeciwnowotworowe lub chemioterapia | | | | | | |
| Mykofenolany | | | | | | |
| Preparaty immunoglobulin dożylnych | | | | | | |
| Leki biologiczne, np. infliximab (Remicade), rituximab, abatacept (Orencia), and belimumab (Benlysta) | | | | | | |
| Leki na tarczycę, np. lewotyroksyna | | | | | | |
| Famotidine (Famogast) | | | | | | |
| Leki na cukrzycę (metformina) | | | | | | |
| Inhibitory pompy protonowej (omeprazole, pantoprazol) | | | | | | |
| beta-blokery w celu obniżenia ciśnienia tętniczego np. metoprolol, atenolol, bisoprolol i in. | | | | | | |
| Leki przeciwdepresyjne(np. sertralina, fluoksetyna, citalopram, trazodone, escitalopram, i in | | | | | | |
| Opioidy przeciwbólowo, np. Hydrocodone I in. | | | | | | |
| Leki na HIV (lopinawir/ritonavir, darunawir/ritonavir, tenofovir disoproxil fumarate (TDF), tenofovir alafenamide fumarate (TAF), oraz kombinacje tych leków) | | | | | | |

17. Przed chorobą COVID-19, kiedy ostatnio lekarz przepisał Państwu antybiotyki?

- W ostatnim miesiącu
- W ostatnim roku
- W ciągu ostatnich 5 lat
- W ciągu ostatnich 10 lat
- Ponad 10 lat temu
- Nigdy

18. Z jakiego powodu lekarz przepisał Państwu antybiotyki kiedy zażywali je Państwo ostatnim razem?

- Infekcji układu oddechowego (np. angina, zapalenie zatok, zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc)
- Nieżytu żołądka i jelit, powodującego biegunkę i/lub wymioty)
- Zakażenia układu moczowego
- Infekcji skórnej lub rany
- Innej przyczyny
- Nie wiem
- Nigdy nie brałem antybiotyków

19. Jak długo trwała Państwa ostatnia antybiotykoterapia?

- 3 dni
- 7 dni
- 14 dni
- Ponad 14 dni
- Nie wiem

20. Jak często miewają Państwo przeziębienie?

- Nigdy
- Raz na dwa lata
- Raz do roku
- Dwa razy do roku lub częściej

21. Jaka jest Państwa grupa krwi?

- A
- B
- AB
- 0
- Nie wiem

- Rh+
- Rh-
- Nie wiem

22. Czy byli Państwo za granicą tuż przed zachorowaniem / lub podejrzeniem o COVID-19?

- Nie
- Tak, kraj: _____ daty podróży: _____

23. Ile osób i w jakim przedziale wiekowym, zamieszkuje w Państwa domu/mieszkanie, wliczając w to Pana/Panią? (jeśli nikt, proszę wpisać 0).

- ___ under 3 years old
- ___ 3–6 years old
- ___ 7–17 years old
- ___ 18–64 years old
- ___ 65–79 years old
- ___ 80 years old or older

24. W jakim typie gospodarstwa domowego Państwo żyją?

- Studio
- Mieszkanie 1-pokojowe
- Mieszkanie 2-pokojowe
- Mieszkanie 3 (lub więcej)-pokojowe
- Kamienica
- Dom wolnostojący
- Dom opieki, ośrodek odwykowy
- Jestem bezdomny
- Wolę nie odpowiadać

25. Ile osób z Państwa gospodarstwa domowego było zakażonych lub miało podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2 (COVID-19)?

_____osób

26. Czy ktokolwiek z członków Państwa rodziny:

- Został zdiagnozowany COVID-19? związek: _____
- Był podejrzany o COVID-19? związek: _____
- Był hospitalizowany z powodu COVID-19? związek: _____
- Zmarł z powodu COVID-19? związek: _____

27. Czy którykolwiek z członków Państwa rodziny ma niedobór odporności lub choroby układu odpornościowego?

- Tak
- Nie

28. Jakie choroby występują w Państwa rodzinie?

- Nowotwory, jakie? _____
- Choroby serca

- Nadciśnienie
- Cukrzyca
- Choroba nerek, jaka? _____
- Inne, jakie? _____

29. Jak często, na dwa tygodnie przed zachorowaniem nosili Państwo na twarzy maseczkę?

- Nigdy
- Rzadko
- Zazwyczaj
- Zawsze

30. Jak często, na dwa tygodnie przed zachorowaniem osoby z którymi żyją Państwo na co dzień nosiły na twarzy maseczkę?

- Nigdy
- Rzadko
- Zazwyczaj
- Zawsze

31. Jak często, na dwa tygodnie przed zachorowaniem stosowali Państwo płyn do dezynfekcji rąk?

- Nigdy
- Rzadko
- Zazwyczaj
- Zawsze

32. Jak często, na dwa tygodnie przed zachorowaniem osoby z którymi żyją Państwo na co dzień stosowały płyn do dezynfekcji rąk?

- Nigdy
- Rzadko
- Zazwyczaj
- Zawsze

33. Jak często, na dwa tygodnie przed zachorowaniem świadomie dystansowali się Państwo od innych?

- Nigdy
- Rzadko
- Zazwyczaj
- Zawsze

34. Jak często, na dwa tygodnie przed zachorowaniem osoby z którymi żyją Państwo na co dzień, świadomie dystansowały się od innych?

- Nigdy
- Rzadko
- Zazwyczaj
- Zawsze

35. Jak często, na dwa tygodnie przed zachorowaniem opuszczali Państwo swój dom/mieszkanie?

- Nigdy
- 3 do 4 razy w tygodniu
- codziennie
- kilka razy dziennie

36. Czy w Państwa gospodarstwie domowym żyją jakiegokolwiek zwierzęta? Jeśli tak proszę zaznaczyć jakie:

- pies

- kot domowy
- kot domowy/wychodzący na zewnątrz
- inne: _____

37. Kiedy ostatni raz głaskali Państwo psa lub kota zanim zachorowali?

- Dzień przed
- Tydzień przed
- Miesiąc przed
- Ponad miesiąc przed
- Nie pamiętam

38. W jaki sposób robili Państwo zakupy na dwa tygodnie przed zachorowaniem?

- W dostawie
- Zamówienie on-line/ odbiór w sklepie
- Chodziłem do sklepu
- Nie robiłem zakupów

39. Jaki środek transportu wybierali Państwo na dwa tygodnie przed zachorowaniem? (proszę wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi):

- metro
- autobus
- uber/podwózka/taksówka lub podobne
- samolot
- samochód

40. Czy mieli Państwo możliwość pracować zdalnie na dwa tygodnie przed zachorowaniem?

- Tak
- Nie
- Nie, ponieważ straciłem pracę z powodu COVID19
- Nie, ponieważ byłem bezrobotny / jestem na emeryturze

41. Jaki jest Państwa łączny, roczny przychód (całkowity, nieopodatkowany przychód zarobiony ze wszystkich źródeł w ubiegłym roku), z uwzględnieniem przychodu członków Państwa rodziny, żyjących w tym samym gospodarstwie domowym?

- \$0 do \$9,999
- \$10,000 do \$14,999
- \$15,000 do \$19,999
- \$20,000 do \$34,999
- \$35,000 do \$49,999
- \$50,000 do \$74,999
- \$75,000 do \$99,999
- \$100,000 do \$199,999
- \$200,000 lub więcej
- Nie wiem/nie jestem pewnym
- Wolę nie odpowiadać

42. Jak zazwyczaj opłacają Państwo ubezpieczenie zdrowotne? How do you normally pay for healthcare?

- Ubezpieczenie z pracy
- Ubezpieczenie wykupione z 'Obamacare'
- Medicare
- Medicaid
- Indian Health Service
- VA
- Nieubezpieczony
- Nie jestem pewny/ odmawiam odpowiedzi

43. Jaki jest najwyższy stopień lub poziom edukacji jaki Państwo ukończyli?

- Nie uczęszczałem do szkoły
- Mniej niż 8 lat
- Między 8 a 11 lat
- 12 lat lub ukończona szkoła średnia
- Szkoła policealna inna niż college (zawodowa lub techniczna)
- Przerwana nauka w szkole wyższej (College)
- Absolwent szkoły wyższej (College)
- Ukończone studia podyplomowe (Postgraduate)
- Nie wiem / Nie jestem pewien
- Wolę nie odpowiadać

44. Dokąd ZAZWYCZAJ udają się Państwo kiedy są chorzy?

- Przychodnia lub Ośrodek Zdrowia
- Prywatny gabinet lekarski
- Szpitalny oddział ratunkowy (ER / SOR)
- Przychodnia przy szpitalu lekarska
- Inne (np. uzdrowiciel, zielarz, akupunktura, etc.)
- Nie chodzę do jednego miejsca
- Wolę nie odpowiadać

45. Czy w ostatnim roku, wykonano u Państwa rutynowe badania zdrowotne?

- Tak
- Nie
- Nie jestem pewien

46. Jak długo zajmuje Państwu dojazd do podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną?

- Mniej niż 10 min
- 10-30 minut
- 30-60 minut
- 1-2 godziny
- Powyżej 2 godzin
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

47. Jaka płeć przypisano Państwu przy porodzie?

- Mężczyzna
- Kobieta
- Transseksualny Mężczyzna
- Transseksualna Kobieta
- Inny
- Wolę nie odpowiadać

48. Jaka jest Państwa orientacja seksualna? :

- Aseksualna
- Biseksualna
- Homoseksualna (Gej)
- Homoseksualna (Lesbijka)
- Heteroseksualna
- Pan-seksualna
- Nietypowa
- Wątpliwa lub niepewna
- Wolę nie odpowiadać

49. Ile mają Państwo lat?: _____ lat

50. Ile Państwo ważą: _____ kg

51. Ile mają Państwo wzrostu? _____ cm

52. Jaka jest Państwa etniczność/pochodzenie?

- Hiszpańska lub Latynoska
- Białe-Europejska
- Azjata
- Czarny
- Rdzenny Amerykanin
- Mieszkaniec Wysp Pacyfiku
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

53. Jaki jest poziom Państwa standardowej aktywności fizycznej?

- Czytam, oglądam telewizję, wykonuję obowiązki domowe które nie są wyczerpujące fizycznie
- Chodzę, jeżdżę na rowerze bądź jestem aktywny fizycznie w inny sposób, przez kilka dni w tygodniu. Między innymi: chodzenie, polowanie i lekkie prace w ogrodzie
- Uprawiam sporty wytrzymałościowe przez kilka godzin w tygodniu. Między innymi: bieganie, jazda na nartach, podnoszenie ciężarów, kalistenika, pływanie, gry z piłką, wyczerpujące fizycznie prace w ogrodzie
- Trenuję sport wyczynowo, codziennie

54. Czy palą Państwo?

- Nigdy nie paliłem regularnie
- Paliłem, ale rzuciłem
- Palę ale rzadko
- Palę codziennie. Średnia ilość papierosów wypalana w ciągu dnia: _____

55. Czy palą Państwo e-papierosy?

- Nigdy nie paliłem regularnie
- Paliłem, ale rzuciłem
- Palę, ale rzadko
- Palę codziennie

56. Jak często spożywają Państwo napoje alkoholowe?

- Nigdy
- Raz w miesiącu lub rzadziej
- 2-4 razy w miesiącu
- 2-3 razy w tygodniu
- 4 razy w tygodniu lub częściej

57. Biorąc pod uwagę standardowe spożycie alkoholu w ciągu ostatniego roku, ile zazwyczaj spożywają go Państwo w ciągu tygodnia? _____ rodzaj i objętość? _____

58. Jakie jest Państwa wykształcenie?

- Szkoła Podstawowa
- Szkoła zawodowa
- Szkoła średnia
- Szkoła wyższa – studia licencjackie/inżynierskie
- Szkoła wyższa – studia magisterskie lub wyżej

59. Jaki jest Państwa tytuł służbowy: _____

60. Czy w ciągu ostatniego roku, byli Państwo pracownikami służby zdrowia?

- Tak
- Nie

61. Czy w ciągu ostatniego roku, pracowali Państwo jako nauczyciele albo opiekunowie dzieci?

- Tak
- Nie

62. Czy w ciągu ostatniego roku, pracowali Państwo w przemyśle gastronomicznym?

- Tak
- Nie

63. Czy zazwyczaj przemieszczają się Państwo transportem zbiorowym (metro, pociąg, autobus)?

- Tak
- Nie

64. Czy zazwyczaj przemieszczają się Państwo prowadząc samochód, korzystając z taksówek lub wypożyczalni pojazdów?

- Tak
- Nie

65. Jak często w ciągu ostatniego tygodnia, czuli się Państwo zdenerwowani, niespokojni, na skraju załamania?

- W ogóle
- Kilka dni
- Więcej niż połowę dni w tygodniu
- Prawie codziennie

66. Jak często w ciągu ostatniego tygodnia nie byli Państwo w stanie przestać się martwić?

- W ogóle
- Kilka dni
- Więcej niż połowę dni w tygodniu
- Prawie codziennie

67. Wielu pacjentów może czuć się samotnie w tym czasie. Jak często czuli się Państwo samotnie w ciągu ostatniego tygodnia?

- W ogóle
- Kilka dni
- Więcej niż połowę dni w tygodniu
- Prawie codziennie

Dla pacjentów poniżej 18 roku życia, rodzice powinni odpowiedzieć na następujące pytania w imieniu dziecka.

68. Czy Państwa dziecko było urodzone przedwcześnie (przed 37 tygodniem)?

- Tak
- Nie

69. Czy Państwa dziecko było karmione piersią?

- Tak
- Nie

70. Jeśli tak, to jak długo?

- 1 – 12 miesięcy
- Powyżej 12 miesięcy

Dla kobiet, następujące pytania dotyczą ciąży:

71. Jest Pani w ciąży lub urodziła dziecko w ciągu ostatniego miesiąca?

- Jestem w ciąży
- Urodziłam w ciągu ostatniego miesiąca
- Nie, nie jestem obecnie w ciąży i nie urodziłam dziecka w ostatnim czasie

72. Mój aktualny etap ciąży to:

- 6 do 14 tygodni
- 14 do 24 tygodni
- 24 do 32 tygodni
- 32 do 36 tygodni
- Ponad 36 tygodni

73. Czy miała Pani jakiegokolwiek komplikacje ciążowe odkąd zachorowała na COVID-19?

- Tak
- Nie

74. Jeśli tak, jakie to były komplikacje?

- Poronienie, jeśli tak to ile razy? _____
- Poród przedwczesny
- Stan przedrzucawkowy
- Inne

75. Czy obecnie karmi Pan piersią?

- Tak
- Nie

76. Ile dzieci Pani urodziła? _____

Jeśli według Państwa, ktokolwiek z członków Państwa rodziny, mógł być zarażony COVID-19 i chcieliby Państwo aby wziął udział w tym badaniu, proszę podać jego/jej: imię i nazwisko oraz informacje kontaktowe.

Imię i nazwisko:

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Imię i nazwisko:

Adres e-mail:

Numer telefonu: