Pesquisa de Acompanhamento de Saúde e Bem-estar sobre COVID-19

PESQUISA DE AUTOAVALIAÇÃO DO PACIENTE

# A questão em nossas mentes

Essa pesquisa é para pessoas como você, que tiveram, ou atualmente têm, Covid-19. Gostaríamos da sua ajuda para responder a uma pergunta que está em nossas mentes e também pode estar na sua: “O que a Covid-19 significa para a minha saúde e bem-estar a longo prazo?”

# Como você pode ajudar

Essa é uma nova doença. Ser incluído nessa breve pesquisa significa que você pode nos ajudar a construir uma imagem melhor do atendimento e suporte necessários após a Covid-19. Na medida do possível, não queremos deixar ninguém de fora. Nosso objetivo é que todos que tiveram Covid-19 tenham a chance de participar, quer você tenha sido tratado no hospital ou em casa. Não sabemos quanto tempo os sintomas das pessoas vão durar, então, para descobrir, gostaríamos de repetir esta pesquisa com você dentro de três a seis meses.

# Completando a pesquisa

A Covid-19 afeta as pessoas de maneiras diferentes, portanto, nossa pesquisa deve cobrir várias situações. Não se preocupe se várias perguntas não parecerem relevantes. Se você se sentir incapaz de responder a alguma, pule para a próxima. Da mesma forma, se a pesquisa destacar situações com as quais você ainda não teve a chance de lidar, cuide-se bem e apresente estas situações a um profissional de saúde; encontre também recomendações em: **(adicionar site de informações de saúde local)**

# Protegendo suas informações

Nesta pesquisa de acompanhamento, usaremos as suas informações. Usaremos apenas as informações de que precisamos para o estudo da pesquisa. Vamos deixar que um pequeno número de pessoas saibam seu nome ou detalhes de contato, e apenas se realmente precisarem deles para este estudo. Todos os envolvidos neste estudo manterão seus dados seguros e protegidos. Também seguiremos todas as regras de privacidade.

Nos certificaremos que ninguém possa descobrir quem você é a partir de nenhum relatório. Suas respostas serão usadas apenas de modo a não o identificarem, por exemplo, em relatórios resumidos ou revistas científicas para educar os profissionais de saúde. Fique à vontade para ler mais sobre a política de privacidade em nosso site (adicionar link para a ISARIC ou um site local), onde você também pode baixar a versão on-line ou outras cópias impressas deste formulário.

# Agradecemos a sua participação, e temos uma oferta

Obrigado por ajudar a responder a esta pergunta importante, que está na linha de frente de nossas mentes agora. Depois de completar a pesquisa, também gostaríamos de oferecer a você a chance de nos contar mais por meio de uma consulta com uma enfermeira. Não poderemos oferecer isso para todos, mas se você deseja ter a chance de ser incluído, preencha seus dados de contato ao final da pesquisa.

PONTO DE TEMPO DA PESQUISA (a ser preenchido pela equipe antes de enviar ou administrar a pesquisa): 3m[ ]6m[ ]9m[ ]12m[ ]15m[ ]18m[ ]

# Sua permissão para continuar

Obrigado por ter chegado até aqui. Agora, para participar, leia as afirmações abaixo e rubrique as caixas se desejar continuar.

|  |  |
| --- | --- |
| MARQUE SUAS INICIAIS DIANTE CADA DECLARAÇÃO COM AS QUAIS VOCÊ CONCORDA: | *Iniciais:* |
| Dou meu consentimento para que as informações que forneço neste estudo sejam usadas conforme o esclarecido. |  |  |
| Gostaria de continuar a receber esta pesquisa por e-mail, correio ou ser contatado por telefone para acompanhamento a cada 3 a 6 meses por um período máximo de 3 anos após o meu caso de Covid-19.Em caso afirmativo, insira seus dados de contato aqui:E-mail: Número de celular: Número de telefone residencial:  | SIM | NÃO |
|  |  |
| Gostaria da possibilidade de ser contatado por uma enfermeira, médico ou pesquisador para discutir mais detalhadamente sobre o meu caso de Covid-19.Em caso afirmativo, insira seus dados de contato aqui:Telefone: Celular:  | SIM | NÃO |
|  |  |
| Sobre você (se estiver respondendo a esta pesquisa em nomede uma criança ou adulto de quem você cuida, digite os dados deles)Assinatura do paciente / Adulto / Cuidador **Nome do paciente: Sobrenome: Cidade: Código postal:**  |

# ID do hospital local: