



Sondaggio di follow-up sulla salute e il benessere post-COVID-19 **SONDAGGIO DI AUTOVALUTAZIONE DEL PAZIENTE**

La domanda che ci facciamo

È rivolta a persone come lei, che recentemente hanno avuto/al momento sono affette da Covid-19. Chiediamo il suo aiuto per rispondere a una domanda che ci stiamo ponendo e che forse si sta ponendo anche lei: "Che cosa significa il Covid-19 per la mia salute e il mio benessere nel lungo periodo?"

Come può essere d'aiuto

Si tratta di una malattia nuova. Partecipando a questo breve sondaggio può aiutarci a definire un quadro migliore dell'assistenza e del supporto necessari dopo il Covid-19. Per quanto possibile, non vogliamo escludere nessuno. Il nostro obiettivo è offrire l'opportunità di partecipare a tutti coloro che hanno avuto il Covid-19, sia che siano stati curati in ospedale o a casa. Non conosciamo la durata dei sintomi e per scoprirlo è nostra intenzione ripetere il sondaggio tra tre/sei mesi.

Completamento del sondaggio

Il Covid-19 colpisce le persone in maniera profondamente diversa e pertanto il nostro sondaggio deve coprire una serie di aspetti. Non si preoccupi se molte domande non le sembreranno rilevanti. Se non è in grado di rispondere a una domanda, passi tranquillamente a quella successiva. Allo stesso modo, se il sondaggio solleva questioni che lei non ha avuto modo di affrontare, abbia cura di sé e ne parli con un professionista sanitario, può anche trovare indicazioni su: **(aggiungere il sito web per informazioni sanitarie locale)**

Protezione delle informazioni

In questo sondaggio di follow-up a scopo di ricerca utilizzeremo le informazioni che lei ci fornirà. Useremo solo le informazioni necessarie per lo studio di ricerca. Comunicheremo il suo nome o i suoi dettagli di contatto a pochissime persone e solo se realmente necessario ai fini di questo studio. Tutte le persone interessate conserveranno i suoi dati al sicuro. Inoltre, ci atterremo a tutte le norme sulla riservatezza.

Ci assicureremo che nessuno possa risalire a lei partendo dalle relazioni. Le sue risposte verranno utilizzate solo in modi che non consentiranno di identificarla, per esempio in relazioni riepilogative o riviste scientifiche volte a formare professionisti sanitari. Può trovare maggiori informazioni sulla nostra politica di riservatezza sul nostro sito web (aggiungere il link al sito web di ISARIC o un sito web locale), dove potrà anche scaricare la versione online e altre copie cartacee di questo modulo.

Un grazie

La ringraziamo per la disponibilità ad aiutarci a rispondere a questa importante domande che al momento è al centro dei nostri pensieri.

MOMENTO DEL SONDAGGIO (da completarsi a cura del team prima di inviare o somministrare il sondaggio):
 1-3m[] >3-6m[] >6-9m[] >9-12m[] >12-18m[]

La sua autorizzazione a procedere

Grazie per essere arrivato/a a questo punto. Per partecipare, legga le affermazioni seguenti e se accetta di continuare, apponga le sue iniziali nelle caselle.

SCRIVA LE SUE INIZIALI ACCANTO A OGNI AFFERMAZIONI CON CUI È D'ACCORDO:	<i>Iniziali:</i>	
	SÌ	NO
Acconsento che le informazioni da me fornite in questo studio vengano utilizzate come indicato.		
Desidero che questo sondaggio continui a essermi inviato per posta elettronica, posta tradizionale o essere contattato/a tramite follow-up telefonico ogni 3-6 mesi per un massimo di 3 anni dopo essere stato malato di Covid-19. In caso affermativo, inserisca qui i suoi dettagli di contatto: E-mail: _____ Numero del telefono cellulare: _____ Numero del telefono di casa: _____	SÌ	NO
Gradirei la possibilità di essere contattato/a da un infermiere/un'infermiera, un medico o un ricercatore/ricercatrice per discutere in modo più approfondito della mia malattia causata da Covid-19. In caso affermativo, inserisca qui i suoi dettagli di contatto: Telefono: _____ Telefono cellulare: _____	SÌ	NO
Informazioni su di lei (se sta completando il sondaggio per conto di un bambino o di un adulto di cui si prende cura, inserisca le informazioni della persona interessata) Firma del paziente / dell'adulto / della persona che provvede all'assistenza _____ Nome del paziente: _____ Cognome: _____ Città: _____ CAP: _____		

Codice ospedale locale: _____

1. Informazioni su di lei e sulla sua malattia da COVID-19 (se sta completando il sondaggio per conto di un bambino o di un adulto che lei assiste, tutte le domande riguarderanno la salute e il benessere dell'interessato/a)

Data di completamento del sondaggio (GG/MM/AAAA): [G] [G] [M] [M] [2] [0] [A] [A]

Qual è la sua data di nascita (GG/MM/AAAA): [G] [G] [M] [M] [2] [0] [A] [A]

Si è vaccinato/a contro il Covid-19? Sì No Non sono sicuro/a

Se sì, quante somministrazioni di vaccino contro il Covid-19 ha ricevuto? [Numero]

Data stimata dell'ultima dose di vaccino ricevuta: [G] [G] [M] [M] [2] [0] [A] [A]

Che tipo di vaccino contro il Covid-19 ha ricevuto:

 AstraZeneca Pfizer-BioNTech Imperial Janssens Moderna's Sinopharm Sputnik V Altro (nome): _____ Non sono sicuro/aNegli ultimi 6 mesi, si è vaccinato/a contro l'influenza? Sì No Non sono sicuro/aNegli ultimi 5 anni, si è vaccinato/a contro lo pneumococco? Sì No Non sono sicuro/a

Approssimativamente, quando ha sperimentato i primi sintomi del COVID-19?

[G] [G] [M] [M] [2] [0] [A] [A]

È stato/a ricoverato/a in ospedale a causa del COVID-19 o ti è stato diagnosticato il Covid-19 durante un ricovero ospedaliero? Sì No

• Approssimativamente, quando è stato/a ricoverato/a per la prima volta in ospedale?

[G] [G] [M] [M] [2] [0] [A] [A]

• Approssimativamente, quando è stato/a dimesso/a per la prima volta dall'ospedale?

[G] [G] [M] [M] [2] [0] [A] [A]

• È stato/a nuovamente ricoverato/a in ospedale o in una struttura sanitaria dopo la malattia acuta di Covid-19? Sì No

In caso affermativo, quante volte? [Numero] In caso affermativo, specifichi la ragione:

Nome dell'ospedale/degli ospedali: _____

Se è mai stato/a ricoverato/a in ospedale/in una struttura sanitaria per Covid-19, è stato/a ricoverato/a in terapia intensiva (ICU/ITU)? Sì No Non sono sicuro/a**2. Informazioni sul suo stato di salute ora****Sente di essersi completamente ripreso/a dal COVID-19?** Fortemente in disaccordo In disaccordo Né in disaccordo né d'accordo D'accordo Fortemente d'accordo**Recentemente si è sentito/a febricitante?** Sì No Non sono sicuro/a

In caso affermativo, quando si è sentito/a febricitante l'ultima volta?

 negli ultimi 7 giorni 1-2 settimane fa 2 - 4 settimane fa 1 - 2 mesi fa 2 - 3 mesi fa**In caso affermativa, qual è stata la causa della sua più recente malattia febbrile?** COVID -19 Un'altra infezione respiratoria (tosse/raffreddore/mal di gola) Infezione allo stomaco (diarrea/vomito) Infezione urinaria TB Altro: specificare: _____ Non nota Preferisco non rispondere**3. Da quando ha avuto il COVID-19, le è stata diagnosticata qualcuna delle seguenti affezioni?**Infarto Sì No Trombosi venosa profonda (TVP, "Coagulo nella gamba") Sì NoIctus o piccolo ictus/TIA Sì No Embolia polmonare (EP, "Coagulo nel polmone") Sì NoProblemi renali Sì No Altre affezioni (specificare)? _____

7. Le prossime domande riguardano le difficoltà che potrebbe incontrare facendo determinate attività a causa di un PROBLEMA DI SALUTE.

(segna la risposta corretta selezionando la casella)	Oggi	Prima della malattia da Covid19
Ha difficoltà a vedere anche se indossa gli occhiali?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a udire anche se usa un apparecchio acustico?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a camminare o a salire dei gradini?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a ricordare o concentrarsi?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà con le attività che riguardano la cura della persona, per esempio lavarsi o vestirsi?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla
Ha difficoltà a esprimersi nella sua lingua abituale (consueta), per esempio a comprendere o a farsi comprendere?	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla	<input type="checkbox"/> No – nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – qualche difficoltà <input type="checkbox"/> Sì – molte difficoltà <input type="checkbox"/> Non riesco per nulla

8. Ha modificato il suo stile di vita dalla sua infezione con COVID-19? (segna la risposta corretta selezionando la casella)

	Lo faccio più spesso	Lo faccio meno spesso	Nessuna differenza	Non lo facevo prima del Covid-19
Fumare				
Bere alcol				
Mangiare cibo sano				
Attività fisica (Inclusi camminare e andare in bicicletta)				

