

## 1. О Вас и о Вашем заболевании COVID-19 (если вы заполняете этот опрос от имени ребенка или взрослого, о котором вы заботитесь, все вопросы касаются их здоровья и благополучия)

Дата проведения опроса (ДД/ММ/ГГГГ): [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Были ли вы вакцинированы против COVID-19?  Да  Нет  Не уверен

Если да, сколько раз? [ Число \_ ]

Примерная дата вашей последней вакцинации против COVID-19

[ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Какую вакцину от COVID-19 вы получили?

AstraZeneca  Pfizer-BioNTech  Imperial  Janssens  Moderna's  Sinopharm

Спутник-5  Другая (название): \_\_\_\_\_  Не уверен

Были ли вы вакцинированы против гриппа в течение последних 6 месяцев?  Да  Нет  Не уверен

Были ли вы вакцинированы против пневмококковой инфекции в течение последних 5 лет?  Да  Нет  Не уверен

Примерно в какой день почувствовали первые симптомы COVID-19? [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Вы были госпитализированы в связи с COVID-19?  Да  Нет

Примерно в какой день вы были выписаны? [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Были ли вы повторно госпитализированы в больницу или другое медицинское учреждение после Covid-19?  Да  Нет

Если да, сколько раз: [ Число \_ ] Если да, укажите причину: \_\_\_\_\_

Название больницы: \_\_\_\_\_

Были ли вы госпитализированы в больницу/другое медицинское учреждение из-за Covid-19?  Да  Нет  Не уверен

Были ли вы госпитализированы в реанимацию (ICU/ITU)?  Да  Нет  Не уверен

## 2. О вашем здоровье сейчас

**Чувствуете ли вы себя полностью восстановившимся после COVID-19?**

Определенно нет  Нет  Скорее не согласен

Скорее согласен  Да  Определенно да

**Испытывали лихорадку в последнее время?**  Да  Нет  Не уверен

Если да, то когда последний раз чувствовали лихорадку?

- В течение последних 7 дней       от 1 до 2 недель назад  
 от 2 до 4 недель назад       от 1 до 2 месяцев назад  
 от 2 до 3 месяцев назад

**Если да, в чем была причина вашей последней лихорадки?**

- COVID -19    Респираторная инфекция (кашель/простуда/боль в горле)  
 Ротавирусная инфекция (диарея/рвота)    Мочеполовая инфекция    Туберкулез  
 Другое: \_\_\_\_\_  
 Неизвестно    Затрудняюсь ответить

### 3. С тех пор как вы заболели COVID19, развились ли у Вас следующие сопутствующие заболевания?

- Сердечный приступ (инфаркт миокарда)  Да  Нет  
 Инсульт или микроинсульт/ТИА  Да  Нет  
 Проблемы с почками  Да  Нет  
 Тромбоз глубоких вен нижних конечностей  Да  Нет  
 Тромбоэмболия легочной артерии ( “Тромб в лёгком?”)  Да  Нет  
 Другое состояние? \_\_\_\_\_

### 4. Наблюдались ли у Вас эти симптомы в течение последних 7 дней? (которые вы не испытывали до заболевания COVID-19)

Головная боль <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Стойкая мышечная боль <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Персистирующий кашель <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то <input type="checkbox"/> сухой <input type="checkbox"/> с мокротой	Боль/отеки суставов <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря обоняния <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Невозможность контролировать движения совершать их в полном объеме <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Потеря чувствительности на одной стороне тела/лица <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря вкуса <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ощущения покалывания или мурашек <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Затруднение дыхания/ одышка <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Головокружение/Предобморочное состояние <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Обмороки/провалы в памяти <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Боль при вдохе <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Судороги <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Боль в груди <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Учащенное сердцебиение <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Тремор <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря веса <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Потеря концентрации <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Потеря аппетита <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нарушения глотания или жевания <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Боль в животе <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проблемы со зрением <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Звон в ушах <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Запор <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нарушения речи <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Диарея <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нарушения сна <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Проблемы с мочеиспусканием <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Шишки или сыпь (фиолетовая или розовая) на пальцах ног <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Эректильная дисфункция <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных	Кожная сыпь <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Изменения в менструальном цикле <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных	Если да, укажите локализацию: <input type="checkbox"/> Лицо <input type="checkbox"/> Туловище (живот или спина) <input type="checkbox"/> Руки <input type="checkbox"/> Ноги <input type="checkbox"/> Ягодицы <input type="checkbox"/> Пальцы ног <input type="checkbox"/> Пальцы рук
Отеки ног <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Кровотечение <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите локализацию:
Нарушения равновесия <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Другие НОВЫЕ симптомы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, уточните: _____
Мышечная слабость (слабость в конечностях) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Слабость <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

## 5. О Вашем здоровье

Под каждым заголовком, пожалуйста, выберите ОДИН вариант, наиболее точно описывающий Ваше состояние до заражения COVID-19

### ПОДВИЖНОСТЬ

- Я не испытываю трудностей при ходьбе
- У меня есть незначительные трудности при ходьбе
- Я испытываю умеренные трудности при ходьбе
- Мне тяжело ходить
- Я не могу ходить

### УХОД ЗА СОБОЙ

- Я не испытываю трудностей с мытьем/одеванием
- У меня есть незначительные трудности при уходе за собой
- Я испытываю умеренные трудности при уходе за собой
- Мне тяжело мыться/одеваться
- Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

### ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

- Я не испытываю трудностей в повседневной деятельности
- У меня есть незначительные трудности в повседневной деятельности
- Я испытываю умеренные трудности в повседневной деятельности
- Мне тяжело заниматься привычными делами
- Я не в состоянии заниматься своей повседневной деятельностью

### БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ

- Я не испытываю боли или дискомфорта
- Я испытываю незначительную боль или дискомфорт
- Я испытываю умеренную боль или дискомфорт
- Я испытываю сильную боль или дискомфорт
- Я испытываю нестерпимую боль или дискомфорт

### ТРЕВОГА/ДЕПРЕССИЯ

- Я не испытываю тревогу или депрессию
- Я испытываю незначительную тревогу или депрессию
- Я испытываю умеренную тревогу или депрессию
- Я испытываю сильную тревогу или депрессию
- Я испытываю крайне выраженную тревогу или депрессию

В каждом разделе отметьте галочкой ОДИН квадратик, который наилучшим образом отражает состояние Вашего здоровья СЕГОДНЯ.

### ПОДВИЖНОСТЬ

- Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе
- Я испытываю небольшие трудности при ходьбе
- Я испытываю умеренные трудности при ходьбе
- Я испытываю большие трудности при ходьбе
- Я не в состоянии ходить

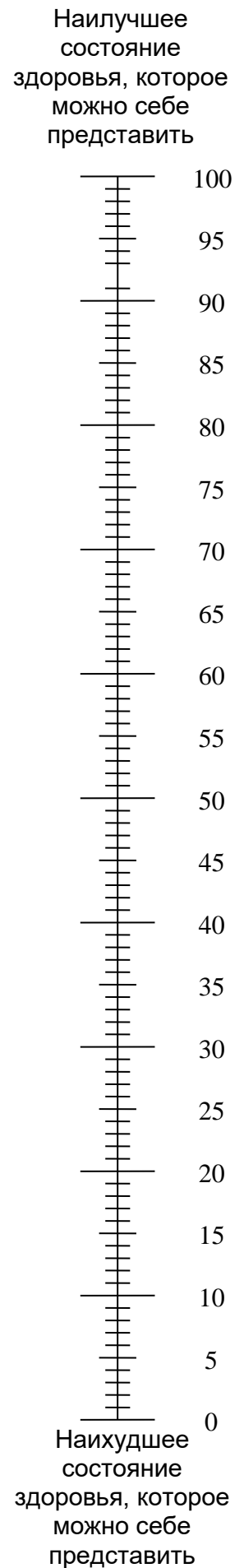
### УХОД ЗА СОБОЙ

- Я не испытываю никаких трудностей с мытьем/одеванием
- Я испытываю небольшие трудности с мытьем или одеванием
- Я испытываю умеренные трудности с мытьем или одеванием
- Я испытываю большие трудности с мытьем или одеванием
- Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

<p><b>ПРИВЫЧНАЯ ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ</b> (например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)</p> <p>Моя привычная повседневная деятельность дается мне без труда <input type="checkbox"/></p> <p>Моя привычная повседневная деятельность для меня немного затруднительна <input type="checkbox"/></p> <p>Моя привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна <input type="checkbox"/></p> <p>Моя привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна <input type="checkbox"/></p> <p>Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью <input type="checkbox"/></p>	<p><b>БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ</b></p> <p>Я не испытываю боли или дискомфорт <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю небольшую боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю умеренную боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю сильную боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю чрезвычайно сильную боль или дискомфорт <input type="checkbox"/></p>
<p><b>ТРЕВОГА/ДЕПРЕССИЯ</b></p> <p>Я не испытываю тревоги или депрессии <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю небольшую тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю умеренную тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю сильную тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p> <p>Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию <input type="checkbox"/></p>	

- Мы хотели бы узнать, как бы Вы оценили состояние своего здоровья СЕГОДНЯ.
- Перед Вами шкала от 0 до 100.
- 100 означает наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить.  
0 – наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить.
- Поставьте крестик “X” на шкале в том месте, которое, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья СЕГОДНЯ.
- Теперь впишите отмеченное Вами на шкале число в приведенный ниже квадрат.

СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ СЕГОДНЯ =

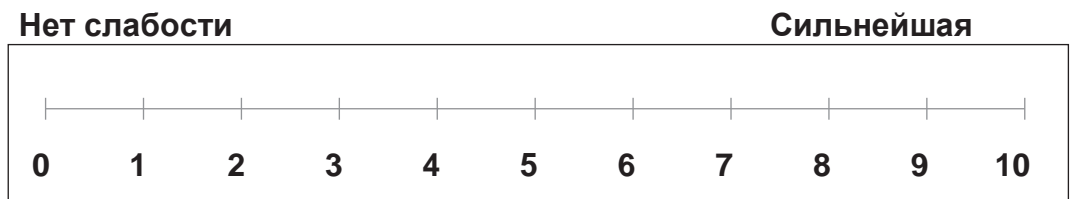


### 6. Одышка и утомляемость

Отметьте <b>ОДИН</b> ответ, который лучше всего описывает вашу одышку <b>СЕГОДНЯ</b> и <b>ОДИН</b> ответ, который лучше всего описывает вашу одышку <b>ДО</b> заболевания <b>COVID19</b> .	В течение последних 24 часов	До заражения COVID-19
Одышка беспокоит только при усиленной физической нагрузке		
Одышка возникает, когда я ускоряю шаг или иду в гору (с небольшим уклоном)		
Я хожу медленнее, чем большинство моих ровесников, из-за одышки, или вынужден(а) останавливаться при ходьбе, чтобы отдышаться		
Я вынужден останавливаться, чтобы отдышаться, через каждые 90-100 метров или после нескольких минут ходьбы		
Я не выхожу из дома из-за одышки, или чувствую одышку при одевании/раздевании		

Оцените выраженность вашей слабости в течение последних 24 часов по шкале от 0 до 10:

Где:  
слабость  
0 = нет слабости  
10 = крайне выраженная слабость



**7. Ответьте на вопросы о трудностях при выполнении определенных действий в связи с ПРОБЛЕМАМИ СО ЗДОРОВЬЕМ.**

(отметьте, пожалуйста, один правильный ответ)	Сегодня	До заражения COVID-19
У Вас есть проблемы со зрением даже при ношении очков?	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать
У Вас есть проблемы со слухом даже при использовании слухового аппарата?	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать
У Вас есть проблемы с ходьбой или подъемом по лестнице?	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать
У Вас есть проблемы с памятью или концентрацией?	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать
У Вас есть трудности с самообслуживанием (одевание и умывание)?	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать
У Вас есть трудности в коммуникации с другими людьми (понимание Вами речи других людей или понимание Вашей речи другими людьми)?	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать	<input type="checkbox"/> Нет, никаких проблем <input type="checkbox"/> Да, есть небольшие трудности <input type="checkbox"/> Да, есть значительные трудности <input type="checkbox"/> Не в состоянии это сделать



**8. Изменили ли Вы свои привычки после COVID-19?  
(отметьте галочкой подходящий ответ)**

	Я делаю это чаще	Я делаю это реже	Так же	Я не делал этого до COVID-19
Курение				
Употребление алкоголя				
Правильное питание				
Физическая активность (включая ходьбу и езду на велосипеде)				

**9. Несколько вопросов о Вашем роде занятий?**

**До того, как Вы заболели COVID-19, каков был Ваш род занятий (оплачиваемый или нет)?**

- Работа на полной ставке
  Работа на неполной ставке
  Сиделка на полную ставку? (с детьми/др)
  Безработный
  Не работал/а в связи с хроническим заболеванием
  Студент
  На пенсии
  На пенсии по болезни
  Предпочитаю не отвечать

**Каков Ваш род занятий на данный момент?**

- Такой же, как раньше
  Отличается
  Предпочитаю не отвечать

**Если «отличается», пожалуйста, опишите Ваш род занятий на данный момент (отметьте все, то подходит)**

- Работа на полной ставке
  Работа на неполной ставке
  Не работаю в связи с ограничениями из-за COVID-19
  Отпуск по болезни
  Сиделка на полную ставку? (с детьми/др)
  Безработный
  Не работаю в связи с хроническим заболеванием
  Студент
  На пенсии
  Ранний уход на пенсию по болезни
  Зарабатываю больше
  Зарабатываю меньше
  Предпочитаю не отвечать

**Если «отличается», почему изменился Ваш род занятий?**

- Слабое здоровье
  Необходимость ухаживать за другим человеком
  Сокращение
  Работодатель сократил рабочие часы
  Отпуск по болезни
  Другое (уточните) \_\_\_\_\_
  Предпочитаю не отвечать

**Были ли вы вынуждены брать больничный на работе/в учебном заведении из-за COVID-19?**

- Да
  Нет
  Предпочитаю не отвечать

Если да, то на сколько дней в общей сложности? [ Число ]  Дней  Недель

## 10. Немного вопросов о Вас

**Пол при рождении:**  Мужской  Женский  Интерсекс вариация (Небинарный)

Предпочитаю не отвечать

**Национальность (отметьте все, что подходит):**  Европеоид  Араб  Негроид

Восточная Азия  Южная Азия  Западная Азия  Латинская Америка

Другое (уточните): \_\_\_\_\_  Предпочитаю не отвечать

**Каков Ваш примерный рост:** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (метры/футы/дюймы – обведите использованную единицу измерения)  Не уверен

**Каков Ваш примерный текущий вес:** \_\_\_\_\_. (кг/фунты – обведите использованную единицу измерения)  Не уверен

**Каким был Ваш примерный вес до заболевания Covid19?** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (кг/фунты – обведите использованную единицу измерения)  Не уверен

**Сколько членов семьи проживает в доме, включая Вас:** [ \_Число\_ ]

**Каков Ваш самый высокий уровень образования**

Начальное образование (3-7 классов школы)  Средняя школа (8-10 классов школы)

Старшая школа)  Колледж  Университет  Степень бакалавра

Степень магистра  Кандидат наук

Другое (уточните): \_\_\_\_\_

Не завершил официальное образование

Предпочитаю не отвечать

**Количество лет официального образования:**

## 11. Пожалуйста, расскажите, если чувствуете, что COVID-19 повлиял на Ваше здоровье не описанным выше способом

## 12. Конец исследования

**Благодарим за уделенное время!**