



<b>Nel corso degli ultimi sette giorni, ha accusato qualcuno dei seguenti sintomi? (che non aveva già sperimentato prima dell'insorgenza della malattia da Covid-19)</b>	
Mal di testa <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dolore muscolare persistente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tosse persistente In caso affermativo <input type="checkbox"/> tosse secca <input type="checkbox"/> con catarro	Dolore o gonfiore articolare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Impossibilità di muoversi appieno o di controllare il movimento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita dell'olfatto <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Insensibilità di un lato del corpo o del viso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita del gusto <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sensazione di formicolio/"spilli e aghi" <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fiato corto/affanno <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Vertigine/stordimento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Svenimento/blackout <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Dolore alla respirazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Crisi epilettiche/convulsioni <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Dolore al torace <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Fremito/tremore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Palpitazioni (tachicardia) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Confusione/perdita di concentrazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita di peso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Difficoltà a deglutire o masticare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Perdita dell'appetito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Difficoltà visive <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Mal di stomaco / dolore addominale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Difficoltà a parlare o comunicare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Malessere/vomito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Acufeni <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Costipazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Difficoltà a dormire <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Noduli o eruzioni cutanee (porpora/rosa) sulle dita dei piedi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Diarrea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Eruzione cutanea <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Difficoltà a urinare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso affermativo, selezioni tutte le aree del corpo interessate: <input type="checkbox"/> Viso <input type="checkbox"/> Tronco (stomaco o schiena) <input type="checkbox"/> Braccia
	<input type="checkbox"/> Gambe <input type="checkbox"/> Natiche <input type="checkbox"/> Dita dei piedi <input type="checkbox"/> Dita delle mani
Disfunzione erettile <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	Sanguinamento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Variazioni nel ciclo mestruale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	In caso affermativo, selezioni il sito interessato dal sanguinamento: _____
	Caviglia/e gonfia/e <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Difficoltà di equilibrio <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso affermativo, specificare: _____
	Debolezza a carico di braccia e gambe / debolezza muscolare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Spossatezza <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	





**7. Le prossime domande riguardano le difficoltà che può avere nello svolgimento di determinate azioni a causa di un PROBLEMA DI SALUTE.**

(segni la risposta corretta selezionando la casella)	Oggi
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
Ha difficoltà a sentire anche se utilizza 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
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
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
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
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

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

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

