ISARIC

Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE: [__][__][__][__][__]-[__][__][__][__]

PONTO DE TEMPO DA PESQUISA (a ser preenchido pela equipe antes de enviar ou administrar a pesquisa):
>3-6m [_] >6-9m [_] >9-12m [_] >12-18m [_] >18-24m [_] >24-36m [_] >36m[_]

1. Sobre você e o seu caso de COVID-19 (se estiver preenchendo esta pesquisa em nome de uma criança ou adulto de quem você cuida, todas as questões estão relacionadas à saúde e bem-estar deles)

Data em que você fez a pesquisa (DD/MM/AAAA): [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Qual é a sua data de nascimento (DD/MM/AAAA): [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_A_][_A_][_A_][_A_]

Você já foi vacinado contra a Covid-19? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza
Se sim, quantas doses da vacina contra Covid-19 você tomou? [_Número_]
Data estimada da última dose de vacina recebida: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_2_][_A_]
Qual vacina contra Covid-19 você recebeu: ☐AstraZeneca ☐Pfizer-BioNTech ☐Imperial ☐Janssens ☐ Moderna ☐Sinopharm ☐Sputnik V ☐Outra (nome): _____ ☐Não tenho certeza

Você foi vacinado contra a gripe nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Você foi vacinado contra pneumococos nos últimos 5 anos? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Aproximadamente em que dia você sentiu os primeiros sintomas da COVID-19? [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Você foi internado em um hospital devido à COVID-19 ou diagnosticado com Covid-19 durante uma hospitalização? ☐Sim ☐ Não

- Aproximadamente em que data você teve sua primeira entrada no hospital? [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]
- Aproximadamente em que data você teve sua primeira alta do hospital? [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]
- Você precisou de alguma nova internação em um hospital ou Centro médico após seu caso agudo de Covid-19? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantas vezes: [_Number_] Se sim, especifique o motivo: _____

Nome(s) do(s) hospital(is):_____

Se você já foi internado alguma vez em um hospital/unidade de saúde devido à Covid-19, deu entrada na unidade de terapia intensiva (UTI)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

2. Sobre a sua saúde agora

Você se sente totalmente recuperado da COVID-19?
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente

Você tem se sentido febril recentemente? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Se sim, aproximadamente quando você sentiu febre pela última vez?
☐ nos últimos 7 dias ☐ entre 1 a 2 semanas atrás
☐ entre 2 a 4 semanas atrás ☐ entre 1 a 2 meses atrás
☐ entre 2 a 3 meses atrás

Se sim, qual foi a causa de sua <u>mais</u> recente doença febril?
☐ COVID -19 ☐ Outra infecção respiratória (tosse/resfriado/dor de garganta)
☐ Infecção estomacal (diarreia/vômitos) ☐ Infecção urinária
☐ TB ☐ Outro: especifique: _____

☐ Desconhecido ☐ Prefiro não informar

Desenvolvido pela ISARIC. Licenciado sob uma Licença Internacional de Atribuição-CompartilhaIgual 4.0 da Creative Commons pela ISARIC em nome da Universidade de Oxford

3. Desde que teve COVID-19, você foi diagnosticado com algum destes?

Ataque cardíaco ☐ Sim ☐ Não Trombose venosa profunda (TVP, "coágulo na perna") ☐ Sim ☐ Não
AVC ou mini-AVC/AIT ☐ Sim ☐ Não Embolia pulmonar (EP, "coágulo no pulmão") ☐ Sim ☐ Não
Problemas renais ☐ Sim ☐ Não Outra condição? (especifique)_____

Nos <u>últimos sete dias</u>, você teve algum destes sintomas? (que você não sentia antes de ter contraído a Covid-19)

Dor de cabeça ☐ Sim ☐ Não	Fadiga ☐ Sim ☐ Não
Tosse persistente ☐ Sim ☐ Não Se sim ☐ tosse seca ☐ com catarro	Dor ou inchaço nas articulações ☐ Sim ☐ Não
Perda de olfato ☐ Sim ☐ Não	Não consegue se mover totalmente ou controlar movimentos ☐ Sim ☐ Não
	Não consegue sentir um lado do corpo ou do rosto ☐ Sim ☐ Não
Perda de paladar ☐ Sim ☐ Não	Sensação de formigamento/"agulhadas e alfinetadas" ☐ Sim ☐ Não
Dificuldade respiratória/ Falta de ar ☐ Sim ☐ Não	Tonturas/Vertigem ☐ Sim ☐ Não
Dor ao respirar ☐ Sim ☐ Não	Desmaios/apagões ☐ Sim ☐ Não
Dores no peito ☐ Sim ☐ Não	Convulsões/ataques ☐ Sim ☐ Não
Palpitações (coração acelerado) ☐ Sim ☐ Não	Tremores/tremedeiras ☐ Sim ☐ Não
Perda de peso ☐ Sim ☐ Não	Confusão/falta de concentração ☐ Sim ☐ Não
Perda de apetite ☐ Sim ☐ Não	Problemas para engolir ou mastigar ☐ Sim ☐ Não
Dor de estômago/abdominal ☐ Sim ☐ Não	Problemas de visão ☐ Sim ☐ Não
Sensação de enjoo/vômitos ☐ Sim ☐ Não	Problemas de fala ou comunicação ☐ Sim ☐ Não
	Zunido nos ouvidos ☐ Sim ☐ Não
Constipação ☐ Sim ☐ Não	Problemas para dormir ☐ Sim ☐ Não
Diarreia ☐ Sim ☐ Não	Nódulos ou erupções cutâneas (roxos/vermelhidão) nos dedos dos pés ☐ Sim ☐ Não
Problemas para urinar ☐ Sim ☐ Não	Erupções cutâneas ☐ Sim ☐ Não
Disfunção erétil ☐ Sim ☐ Não ☐ N/D	Se sim, marque todas as áreas do corpo que se aplicam: ☐ Rosto ☐ Tronco (estômago ou costas) ☐ Braços ☐ Pernas ☐ Nádegas ☐ Dedos dos pés ☐ Dedos das mãos
Mudanças na menstruação ☐ Sim ☐ Não ☐ N/D	Hemorragia ☐ Sim ☐ Não Se sim, especifique o local da hemorragia:_
Tornozelos inchados ☐ Sim ☐ Não	
Problemas com equilíbrio ☐ Sim ☐ Não	Algum outro NOVO sintoma? ☐ Sim ☐ Não Se sim, especifique: _____
Fraqueza nos braços ou pernas / fraqueza muscular ☐ Sim ☐ Não	

Desenvolvido pela ISARIC. Licenciado sob uma Licença Internacional de Atribuição-CompartilhaIgual 4.0 da Creative Commons pela ISARIC em nome da Universidade de Oxford

4. Sobre a sua saúde

Abaixo de cada título, por favor marque O quadrado que melhor descreve sua saúde HOJE.

MOBILIDADE

Não tenho problemas em andar ☐
Tenho problemas leves em andar ☐
Tenho problemas moderados em andar ☐
Tenho problemas graves em andar ☐
Sou incapaz de andar ☐

CUIDADOS PESSOAIS

Não tenho problemas para me lavar ou me vestir ☐
Tenho problemas leves para me lavar ou me vestir ☐
Tenho problemas moderados para me lavar ou me vestir ☐
Tenho problemas graves para me lavar ou me vestir ☐
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ☐

ATIVIDADES HABITUAIS *(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)*

Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais ☐
Tenho problemas leves em realizar as minhas atividades habituais ☐
Tenho problemas moderados em realizar as minhas atividades habituais ☐
Tenho problemas graves em realizar as minhas atividades habituais ☐
Sou incapaz de realizar as minhas atividades habituais ☐

DOR / MAL ESTAR

Não tenho dores ou mal-estar ☐
Tenho dores ou mal-estar leves ☐
Tenho dores ou mal-estar moderados ☐
Tenho dores ou mal-estar fortes ☐
Tenho dores ou mal-estar extremos ☐

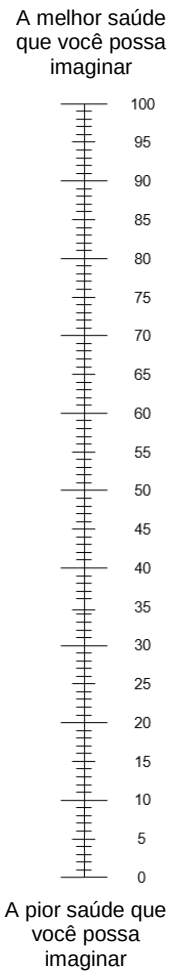
ANSIEDADE/DEPRESSÃO

Não estou ansioso/a ou deprimido/a ☐
Estou levemente ansioso/a ou deprimido/a ☐
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ☐
Estou muito ansioso/a ou deprimido/a ☐
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ☐

Desenvolvido pela ISARIC. Licenciado sob uma Licença Internacional de Atribuição-CompartilhaIgual 4.0 da Creative Commons pela ISARIC em nome da Universidade de Oxford

- Nós gostaríamos de saber o quão boa ou ruim a sua saúde está HOJE.
- Esta escala é numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que você possa imaginar. 0 significa a pior saúde que você possa imaginar.
- Marque um X na escala para indicar como a sua saúde está HOJE.
- Agora, por favor escreva no quadrado abaixo o número que você marcou na escala.

A SUA SAÚDE HOJE = ☐



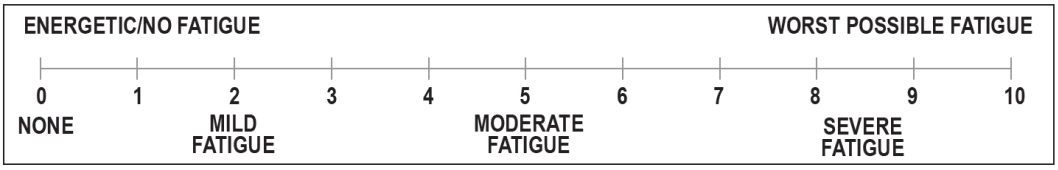
© 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

5. Falta de ar e cansaço

Marque UMA caixa que melhor descreve o quanto você está sentindo falta de ar hoje e UMA caixa que descreve o quanto você estava sentindo FALTA DE AR antes do seu caso de Covid	Nas últimas 24 horas (marque uma caixa)
Não sinto falta de ar, exceto em exercícios extenuantes	
Falta de ar ao andar depressa ou ao subir uma pequena inclinação	
Ando mais devagar do que a maioria das pessoas da minha idade por causa da falta de ar, ou tenho que parar para respirar ao caminhar normalmente	
Paro para respirar depois de caminhar de 90 a 100 metros, ou após alguns minutos ao caminhar em um local plano	
Fico com muita falta de ar para sair de casa, ou sinto falta de ar ao me vestir/despir	

Avalie a intensidade do seu cansaço em uma média nas últimas 24 horas, em uma escala de 0 a 10.

Onde: 0 = Sem cansaço e 10 = o tão cansado quanto você pode imaginar



Desenvolvido pela ISARIC. Licenciado sob uma Licença Internacional de Atribuição-CompartilhaIgual 4.0 da Creative Commons pela ISARIC em nome da Universidade de Oxford

6. As próximas perguntas serão sobre as dificuldades que você pode ter ao fazer certas atividades devido a um PROBLEMA DE SAÚDE.	
(indique a resposta correta com uma marcação na caixa)	**Hoje**
Você tem dificuldade para enxergar, mesmo usando óculos?	☐ Não - sem dificuldade ☐ Sim - alguma dificuldade ☐ Sim - muita dificuldade ☐ Não consigo enxergar
Você tem dificuldade para ouvir, mesmo usando um aparelho auditivo?	☐ Não - sem dificuldade ☐ Sim - alguma dificuldade ☐ Sim - muita dificuldade ☐ Não consigo enxergar
Você tem dificuldade para caminhar ou subir degraus?	☐ Não - sem dificuldade ☐ Sim - alguma dificuldade ☐ Sim - muita dificuldade ☐ Não consigo enxergar
Você tem dificuldade para se lembrar ou se concentrar?	☐ Não - sem dificuldade ☐ Sim - alguma dificuldade ☐ Sim - muita dificuldade ☐ Não consigo enxergar
Você tem dificuldade com cuidados pessoais, como tomar banho ou se vestir?	☐ Não - sem dificuldade ☐ Sim - alguma dificuldade ☐ Sim - muita dificuldade ☐ Não consigo enxergar
Usando sua linguagem normal (habitual), você tem dificuldade para se comunicar, por exemplo, compreender ou ser compreendido?	☐ Não - sem dificuldade ☐ Sim - alguma dificuldade ☐ Sim - muita dificuldade ☐ Não consigo enxergar

7. Você fez mudanças em seu estilo de vida desde a sua infecção por COVID-19? (indique a resposta correta com uma marcação na caixa)

	Faço isso com mais frequência	Faço isso com menos frequência	Nenhuma diferença	Não fazia isso antes do meu caso de Covid-19
Fumar				
Consumir bebidas alcoólicas				
Consumir alimentos saudáveis				
Atividades físicas (incluindo caminhada e ciclismo)				

Desenvolvido pela ISARIC. Licenciado sob uma Licença Internacional de Atribuição-CompartilhaIgual 4.0 da Creative Commons pela ISARIC em nome da Universidade de Oxford

8. Algumas perguntas sobre a sua ocupação/situação profissional?

Antes de contrair a COVID-19, qual era a sua ocupação/status de trabalho (remunerado ou não)?

☐ Trabalhava em tempo integral ☐ Trabalhava em meio período ☐ Cuidador(a) em tempo integral (crianças ou outro)
☐ Desempregado(a) ☐ Incapaz de trabalhar devido a doença crônica ☐ Estudante ☐ Aposentado(a)
☐ Aposentadoria por problema de saúde ☐ Prefiro não responder

Qual é a sua principal ocupação/situação profissional hoje?

☐ A mesma de antes ☐ Diferente de antes ☐ Prefiro não responder

Se for diferente, descreva sua ocupação/situação profissional hoje (marque todas as que se aplicam a você).

☐ Trabalhando em tempo integral ☐ Trabalhando em meio período
☐ Não estou estudando devido às restrições pela COVID-19
☐ Atestado médico ☐ Cuidador(a) em tempo integral (crianças ou outros) ☐ Desempregado(a)
☐ Incapaz de trabalhar devido a doença crônica☐ Estudante ☐ Aposentado(a)
☐ Aposentadoria precoce devido a problemas de saúde ☐ Ganhando mais ☐ Ganhando menos
☐ Prefiro não responder

Se for diferente, por que sua ocupação/situação profissional mudou?

☐ Saúde debilitada ☐ Novas responsabilidades de cuidador(a) ☐ Se tornou redundante
☐ Horário de trabalho reduzido pelo empregador ☐ Atestado médico ☐ Outro (especifique):_____
☐Prefiro não responder

Você tirou alguma licença médica do trabalho ou da faculdade/universidade devido à infecção por Covid-19?

☐Sim ☐Não ☐Prefere não responder

Se sim, por quanto tempo você ficou afastado no total: [_Número_] em unidades: ☐dias ☐semanas

9. Algumas perguntas sobre você

Sexo de nascimento: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não binário ☐ Prefiro não responder

Etnia (marque todas as opções aplicáveis): ☐ Branco ☐ Árabe ☐ Negro ☐ Leste Asiático ☐ Sul Asiático
☐ Oeste Asiático ☐ Latino-Americano
☐Outro (especificar):_____ ☐ Prefiro não responder

Qual é a sua altura aproximada:___(cm, metros /pés/polegadas - marque a unidade utilizada) ☐ Não tenho certeza

Qual é a sua altura atual aproximada:_____. (kg/libras - marque a unidade utilizada) ☐ Não tenho certeza

Qual era o seu peso aproximado antes do seu caso de Covid19? _____(kg/libras - marque a unidade utilizada) ☐ Não tenho certeza

Quantos outros membros normalmente moram em sua residência, incluindo você: [_ Número _]

Qual é o seu nível educacional mais alto concluído:

☐ Ensino fundamental (de 3 a 7 anos de escola) ☐ Anos finais do ensino fundamental (de 8 a 10 anos de escola)
☐ Escola de ensino médio/secundário superior (de 11 a 13 anos de escola) ☐ Escola profissionalizante/técnica
☐ Faculdade/Universidade ☐ Bacharelado ☐ Mestrado ☐ Doutorado
☐ Outro (especificar):_____ ☐ Educação ou treinamento formal não concluído ☐ Prefiro não responder

Número de anos de educação formal:_____

10. Nos informe se achar que a COVID-19 afetou a sua saúde ou bem-estar de uma forma não descrita acima.

11. Fim da pesquisa

Agradecemos por sua participação!

Desenvolvido pela ISARIC. Licenciado sob uma Licença Internacional de Atribuição-CompartilhaIgual 4.0 da Creative Commons pela ISARIC em nome da Universidade de Oxford