

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 mais 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

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

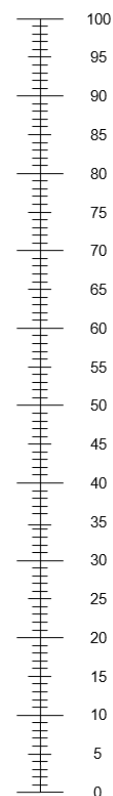
 Problemas renais Sim Não Outra condição? (especifique) _____

Nos últimos sete dias, você teve algum destes sintomas? (que você não sentia antes de ter contraído a Covid-19)	
Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor muscular persistente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tosse persistente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim <input type="checkbox"/> tosse seca <input type="checkbox"/> com catarro	Dor ou inchaço nas articulações <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Perda de olfato <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Não consegue se mover totalmente ou controlar movimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Perda de paladar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Não consegue sentir um lado do corpo ou do rosto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dificuldade respiratória/ Falta de ar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sensação de formigamento/“agulhadas e alfinetadas” <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dor ao respirar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tonturas/Vertigem <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dores no peito <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desmaios/apagões <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Palpitações (coração acelerado) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Convulsões/ataques <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Perda de peso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tremores/tremedeiras <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Perda de apetite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confusão/falta de concentração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dor de estômago/abdominal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Problemas para engolir ou mastigar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sensação de enjoo/vômitos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Problemas de visão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Constipação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Problemas de fala ou comunicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diarreia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zunido nos ouvidos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Problemas para urinar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Disfunção erétil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/D	Nódulos ou erupções cutâneas (roxos/vermelhidão) nos dedos dos pés <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Mudanças na menstruação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/D	Erupções cutâneas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tornozelos inchados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, marque todas as áreas do corpo que se aplicam: <input type="checkbox"/> Rosto <input type="checkbox"/> Tronco (estômago ou costas) <input type="checkbox"/> Braços <input type="checkbox"/> Pernas <input type="checkbox"/> Nádegas <input type="checkbox"/> Dedos dos pés <input type="checkbox"/> Dedos das mãos
Problemas com equilíbrio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hemorragia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, especifique o local da hemorragia: _____
Fraqueza nos braços ou pernas / fraqueza muscular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Algum outro NOVO sintoma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, especifique: _____
Fadiga <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

- 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 =

A melhor saúde que você possa imaginar



A pior saúde que você possa imaginar

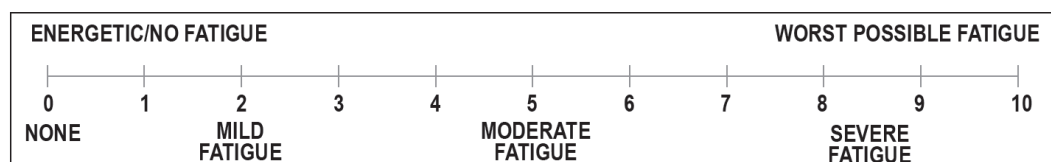
© 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

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)	Antes do seu caso de Covid-19 (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/despír		

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



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	Antes do seu caso de Covid-19
Você tem dificuldade para enxergar, mesmo usando óculos?	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar
Você tem dificuldade para ouvir, mesmo usando um aparelho auditivo?	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar
Você tem dificuldade para caminhar ou subir degraus?	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar
Você tem dificuldade para se lembrar ou se concentrar?	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar
Você tem dificuldade com cuidados pessoais, como tomar banho ou se vestir?	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar
Usando sua linguagem normal (habitual), você tem dificuldade para se comunicar, por exemplo, compreender ou ser compreendido?	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> Não consigo enxergar	<input type="checkbox"/> Não - sem dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Sim - muita dificuldade <input type="checkbox"/> 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)				

