

**QUESTIONARIO ESTESO PER IL PAZIENTE POST-GUARIGIONE DA INFEZIONE
COVID-19**

| <i>Tosse e fatica a respirare</i> | | |
|--|-----------|-----------|
| Hai la tosse? Qualsiasi tosse cronica, anche se non c'è catarro o muco. Non includere lo schiarirsi la gola. | SI | NO |
| Ti manca il fiato mentre sei a riposo? | SI | NO |
| Ti manca il fiato mentre cammini su una superficie piana al tuo ritmo? | SI | NO |
| Ti manca il fiato mentre cammini su una superficie piana con altri della tua età? | SI | NO |
| Ti manca il fiato mentre sali su un leggero pendio o una rampa di scale (10 gradini a passo normale)? | SI | NO |
| Ti manca il fiato nell'alzarti da una sedia? | SI | NO |
| Ti manca il fiato mentre svolgi lavori domestici? | SI | NO |
| Hai spesso l'affanno? | SI | NO |
| Ti senti limitato per l'affanno? | SI | NO |

| <i>Qualità della vita</i> | |
|---|--|
| Sotto ogni intestazione, seleziona UNA casella, per ciascuno dei punti: 1-2-3-4 che descrive meglio la tua salute OGGI | |
| 1) MOBILITA': | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Non ho problemi a camminare • Ho dei piccoli problemi a camminare • Ho moderati problemi a camminare • Ho gravi problemi a camminare • Non riesco a camminare | |
| 2) CURA DI SÉ: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Non ho problemi a lavarmi o vestirmi • Ho lievi problemi a lavarmi o vestirmi • Ho moderati problemi a lavarmi o vestirmi • Ho gravi problemi a lavarmi o vestirmi • Non riesco a lavarmi o a vestirmi | |
| 3) ATTIVITÀ USUALI (ad es. lavoro, studio, lavori domestici, o attività ricreative): | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Non ho problemi a svolgere le mie solite attività • Ho lievi problemi a svolgere le mie solite attività • Ho problemi moderati a svolgere le mie solite attività • Ho gravi problemi a svolgere le mie solite attività • Non sono in grado di svolgere le mie solite attività | |
| 4) DOLORE/DISAGIO | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Non ho dolore o fastidio • Ho un leggero dolore o fastidio • Ho un dolore o un fastidio moderato • Ho un forte dolore o fastidio • Ho un dolore o un disagio estremo | |

| Screening Cardiologico | | | |
|--|---|--|-------------------------------|
| HAI AVUTO UNO QUALSIASI DEI SEGUENTI SINTOMI? | Sintomo presente prima della Malattia di Covid 19 | Sintomo nuovo o che era molto peggio durante la fase acuta della Malattia di Covid | Sintomo avvertito attualmente |
| Dolore toracico a riposo o con lo sforzo | | | |
| Fatica a respirare a riposo | | | |
| Fatica a respirare durante sforzi anche lievi | | | |
| Sensazione di batticuore o battiti cardiaci irregolari | | | |
| Stanchezza che non riesci a spiegarti | | | |
| Comparsa di gonfiore alle caviglie | | | |
| Episodi di perdita di coscienza o sensazione di venir meno | | | |

| Screening Neurologico | | | |
|--|---|--|-------------------------------|
| HAI AVUTO UNO QUALSIASI DEI SEGUENTI SINTOMI? | Sintomo presente prima della Malattia di Covid 19 | Sintomo nuovo o che era molto peggio durante la fase acuta della Malattia di Covid | Sintomo avvertito attualmente |
| Debolezza del viso, braccia o gambe (o tutti) | | | |
| Intorpidimento / perdita di sensibilità al viso, alle braccia o gambe (o tutti) | | | |
| Rigidità muscolare o lentezza dei movimenti | | | |
| Mal di testa, rigidità del collo o dolore con i movimenti degli occhi | | | |
| Difficoltà a parlare (discorsi confusi) o a capire quello che dicono gli altri | | | |
| Problemi di memoria, difficoltà a trovare le parole, pensiero rallentato | | | |
| Perdita di coscienza, ridotta consapevolezza | | | |
| Tremore | | | |
| Contrazioni muscolari o movimenti involontari | | | |
| Convulsioni | | | |
| Difficoltà a camminare o disturbi dell'equilibrio | | | |
| Perdita della vista in uno o entrambi gli occhi, visione sdoppiata, offuscata, difficoltà di messa a fuoco | | | |
| Perdita dell'olfatto o del gusto | | | |
| Acufene (ronzio nelle orecchie) | | | |
| Perdita dell'udito | | | |
| Problemi intestinali o vescicali | | | |
| Vertigini, giramenti di testa, instabilità | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Problemi di sonno, difficoltà ad iniziarlo e/o mantenerlo, sonno agitato. | | | |
|---|--|--|--|

| Screening Psichiatrico | | | |
|---|------------|-----------------------|--------------------------------|
| Seleziona una risposta per ciascuna delle seguenti domande in base a quello che hai provato e sperimentato nelle ultime 4 settimane. | Mai | Diversi giorni | Quasi ogni giorno |
| Quante volte ti sei sentito nervoso o ansioso? | | | |
| Quante volte non sei riuscito a fermare o controllare la tua paura? | | | |
| Quante volte hai provato poco interesse o piacere nel fare le cose? | | | |
| Quante volte ti sei sentito giù di morale, depresso o senza speranza? | | | |
| Hai mai pensato di dover ridurre il tuo consumo di alcol o droghe? | Si | No | |
| Sei mai stato criticato o ripreso per il tuo consumo di alcol o droghe? | Si | No | |
| Hai avuto frequentemente pensieri indesiderati che ti è sembrato difficile controllare? | Si | No | Forse / Non sono sicuro |
| Hai sentito il bisogno di fare qualcosa difficile da controllare? Ad es. ripetere azioni (es. lavarsi, controllare porte e finestre, ecc.)? | Si | No | Forse / Non sono sicuro |
| Ti sei sentito molto felice o all'opposto triste e irritabile per un periodo di almeno 2 giorni? | Si | No | Forse / Non sono sicuro |
| Ti sei sentito pieno di energia per periodi di tempo della durata di almeno 2 giorni? | Si | No | Forse / Non sono sicuro |
| Hai pensato che altre persone stiano tramando contro di te o stiano cercando di farti del male? | Si | No | Forse / Non sono sicuro |
| Hai notato esperienze insolite come sentire voci o vedere persone che in realtà non sono presenti? | Si | No | Forse / Non sono sicuro |