

CHRIS COVID-19 FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

Introduction page

Questionario di *Nome Cognome*.

[cclq00] Dal giorno [cclqldate], ha fatto un tampone o un test per valutare l'immunità da nuovo coronavirus o è stato/a in quarantena oppure ha avuto sintomi che potrebbero essere legati a una infezione da nuovo coronavirus o contatti ravvicinati con persone infettate da coronavirus o con sintomi, o le è accaduto qualunque altro evento collegato al nuovo coronavirus?

- [1] Sì
- [2] No, nessuno di questi
[end questionnaire]

1. ANAMNESI*

[filter=Y]

Per favore, risponda alle domande per il periodo compreso dalla data della Sua ultima partecipazione ([cclqldate]) ad oggi. Le risposte sono confidenziali.

Chi ha già fatto il tampone e il prelievo durante l'ultima partecipazione allo studio, risponda alle seguenti domande SENZA includere questi test.

1.1. [cclq01] Dal giorno [cclqldate], ha effettuato il tampone rinofaringeo per infezione da nuovo coronavirus? *[compulsory to all]*

- [1] Sì, e avevo il coronavirus
- [2] Sì, ma non conosco ancora il risultato
- [3] Sì, e NON avevo il coronavirus
- [4] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.2. [cclq02] Dal giorno [cclqldate], è stata/o in quarantena per sospetta o confermata infezione da nuovo coronavirus o in isolamento domiciliare a scopo precauzionale? *[compulsory to all]*

- [1] Sì, isolato in una stanza o a domicilio da solo
- [2] Sì, ma NON in totale isolamento dalle persone che abitano assieme a me
- [3] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.3. [cclq03] Dal giorno [cclqldate], è stata/o ricoverato in ospedale per sospetta o confermata infezione da nuovo coronavirus? *[compulsory to all]*

- [1] Sì, ricoverato in terapia intensiva
- [2] Sì, ricoverato in altro reparto
- [3] No
- [4] Preferisco non rispondere/non so

1.4. [cclq04] Dal giorno [cclq0date], Le hanno prescritto farmaci o somministrato terapie per sospetta o confermata infezione da nuovo coronavirus? *[compulsory to all]*

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.5. [cclq05] Dal giorno [cclq0date], ha fatto un prelievo di sangue per valutare la sua immunità da nuovo coronavirus?

[compulsory to all]

- [1] Sì, e avevo gli anticorpi del coronavirus
- [2] Sì, ma non conosco ancora il risultato
- [3] Sì, e NON avevo gli anticorpi del coronavirus
- [4] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.6. [cclq06] SENZA considerare possibili sintomi avuti normalmente dal giorno [cclq01date], ha avuto qualche sintomo tra i seguenti? *[Multiple answers]*

Sintomo	Sì
[cclq06a] febbre	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06b] fremiti o brividi	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06c] affaticamento o stanchezza	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06d] dolori articolari o muscolari	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06e] mal di testa	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06f] mancanza di appetito	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06g] perdita del gusto	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06h] perdita dell'olfatto	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06i] male all'orecchio (otite)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06j] rossore o bruciore agli occhi (congiuntivite)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06k] dolore agli occhi	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06l] raffreddore	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06m] mal di gola o raucedine	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06n] tosse secca (senza catarro o muco)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06o] tosse grassa (con catarro o muco)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06p] tosse con sangue (emottisi)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06q] mancanza o difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06r] dolore al petto	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06s] battiti accelerati (tachicardia) o percepiti (cardiopalmo)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06t] dolore addominale	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06u] nausea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06v] vomito	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06w] diarrea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06x] fuci chiare o untose (steatorrea)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06y] ipersensibilità cutanea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06z] prurito o eruzione cutanea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06] Non ho avuto questi sintomi	<input type="checkbox"/> [2]
[cclq06] Preferisco non rispondere/non so	<input type="checkbox"/> [-88]

1.7. [cclq07] In quale data all'incirca sono comparsi i sintomi?

[Only if 'yes' to any symptoms in Q.1.6.]

- Click or tap to enter a date.

1.8. [cclq09] Per i sintomi riportati, ha consultato un medico?

[Only if 'yes' to any symptoms in Q.1.6.]

- [1] Sì, e ho preso farmaci
- [2] Sì, ma NON ho preso farmaci
- [3] NO, ma ho preso farmaci
- [4] NO, NON ho consultato un medico e NON ho preso farmaci
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.9. [cclq10] Per i sintomi riportati, ha subito limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane?

[Only if 'yes' to any symptoms in Q.1.6.]

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

2. CONTATTI*

[filter=Y]

CONTATTO RAVVICINATO: permanenza nello stesso ambiente al chiuso per almeno 15 minuti a meno di 2 metri di distanza senza protezioni o contatto fisico con altra persona.

Le risposte sono ASSOLUTAMENTE riservate e utilizzate a solo scopo di ricerca.

[compulsory to all. Multiple questions]

2.1. [cclq11] Dal giorno [cclq1date], è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona INFETTATA da coronavirus che abita assieme a Lei?

[Only if No. >1 in Q.1.3 @Baseline Questionnaire]

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

2.2. [cclq12] Dal giorno [cclq1date], è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona INFETTATA da coronavirus che NON abita assieme a Lei?

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

2.3. [cclq13] Dal giorno [cclq1date], è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona con SINTOMI che abita assieme a Lei?

[Only if No. >1 in Q.1.3 @Baseline Questionnaire]

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

2.4. [cclq14] Dal giorno **[cclq1date]**, è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona con SINTOMI che NON abita assieme a Lei?

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

GRAZIE PER IL SUO CONTRIBUTO!
