

# CHRIS COVID-19 FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

## Introduction page

Questionario di *Nome Cognome*.

Dal giorno [cclqldate]:

- ha fatto un tampone o un test per valutare l'immunità da nuovo coronavirus OPPURE
- ha fatto la vaccinazione contro il nuovo coronavirus OPPURE
- è stato/a in quarantena OPPURE
- ha avuto sintomi che potrebbero essere legati a una infezione da nuovo coronavirus OPPURE
- ha avuto contatti ravvicinati con persone infettate da coronavirus o con sintomi OPPURE
- 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.

1.1. [cclq01a] Dal giorno [cclqldate], ha fatto uno o più tamponi bocca e/o naso per infezione da nuovo coronavirus? *[compulsory to all]*

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

1.1.1. [cclq01b] Almeno uno dei tamponi fatti, ha rilevato l'infezione da nuovo coronavirus (test positivo)? *[if 'yes' to 1.1]*

- [1] Sì
- [2] No
- [3] Non so/Non conosco ancora il risultato
- [-87] Preferisco non rispondere

1.1.2. Si ricorda quale tipo di test era POSITIVO? (*sono possibili più risposte*) *[if 'yes' to 1.1.1]*

- [cclq01c1] Tampone tradizionale (PCR molecolare) analizzato in laboratorio
- [cclq01c2] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da operatore
- [cclq01c3] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da soli
- [cclq01c4] Tampone salivare
- [cclq01c5] Altro
- [cclq01c6] Preferisco non rispondere/non so

1.1.3. Si ricorda quale tipo di test era NEGATIVO? (*sono possibili più risposte*)*[if 'no' to 1.1.1]*

- [cclq01c1] Tampone tradizionale (PCR molecolare) analizzato in laboratorio
- [cclq01c2] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da operatore
- [cclq01c3] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da soli
- [cclq01c4] Tampone salivare
- [cclq01c5] Altro
- [cclq01c6] Preferisco non rispondere/non so

1.1.4. Si ricorda quale tipo di test ha fatto? (*sono possibili più risposte*)*[if 'don't know' to 1.1.1]*

- [cclq01c1] Tampone tradizionale (PCR molecolare) analizzato in laboratorio
- [cclq01c2] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da operatore
- [cclq01c3] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da soli
- [cclq01c4] Tampone salivare
- [cclq01c5] Altro
- [cclq01c6] Preferisco non rispondere/non so

1.2. [cclq02] Dal giorno [cclq01date], 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 [cclq0date], 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. [cclq05a] Dal giorno [cclq0date], ha fatto uno o più prelievi (*sangue, urine o altro*) per valutare la sua immunità da nuovo coronavirus? *[compulsory to all]*

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

1.5.1. [cclq05b] Almeno uno dei prelievi fatti, ha rilevato l'infezione da nuovo coronavirus (test positivo)? *[if 'yes' to 1.5]*

- [1] Sì
- [2] No
- [3] Non so/Non conosco ancora il risultato
- [-87] Preferisco non rispondere

1.5.2. Si ricorda quale tipo di prelievo era POSITIVO? (*sono possibili più risposte*) [if 'yes' to 1.5.1]

- [cclq05c1] Prelievo venoso
- [cclq05c2] Puntura al dito
- [cclq05c3] Altro
- [cclq05c4] Preferisco non rispondere/non so

1.5.3. Si ricorda quale tipo di prelievo era NEGATIVO? (*sono possibili più risposte*) [if 'no' to 1.5.1]

- [cclq05c1] Prelievo venoso
- [cclq05c2] Puntura al dito
- [cclq05c3] Altro
- [cclq05c4] Preferisco non rispondere/non so

1.5.4. Si ricorda quale tipo di prelievo ha fatto? (*sono possibili più risposte*)

[if 'don't know' to 1.5.1]

- [cclq05c1] Prelievo venoso
- [cclq05c2] Puntura al dito
- [cclq05c3] Altro
- [cclq05c4] Preferisco non rispondere/non so

1.11. [cclq16] Dal giorno [cclq1date], Le è stato somministrato un vaccino contro il nuovo coronavirus?  
*[compulsory to all]*

- [1] Sì, ho ricevuto tutte le dosi previste (o un'unica dose)
- [2] Sì, ho ricevuto la prima dose e sono in attesa di un'altra dose
- [3] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.11.1. [cclq17a] In quale data Le è stata somministrata la prima dose del vaccino?  
*[Only if 'yes', options 1 & 2 to 1.11.]*

Click or tap to enter a date.

1.11.2. [cclq17a] In quale data Le è stata somministrata l'ultima dose del vaccino?  
Stessa data della prima dose se si è ricevuta un'unica dose  
*[Only if 'yes', option 1 to 1.11.]*

Click or tap to enter a date.

1.6. [cclq06] SENZA considerare possibili sintomi di cui soffre regolarmente, ha avuto qualche sintomo tra i seguenti a partire dal giorno [cclq06date]? *[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. [cclq08] Per quanto tempo ha avuto sintomi?

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

- [1] I sintomi sono ancora presenti
- [2] 1-3 giorni
- [3] Da 4 a 6 giorni
- [4] Per 1-2 settimane
- [5] Per 3 o più settimane
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.9. [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

1.10. [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 OPPURE
- 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!*

*Il questionario è stato compilato correttamente.*

---

*Adesso può chiudere questa pagina.*