**Questionário de Sintomas DePaul - COVID**

1. Com qual variante da COVID você foi infectado (a)? (Circule todas as que se aplicam)
	1. Alfa
	2. Beta
	3. Gama
	4. Delta
	5. Omicron
	6. Outra (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	7. Não sei
2. Como você foi diagnosticado (a) com COVID? (Circule todas as que se aplicam)
	1. Teste RT-PCR positivo
	2. Teste rápido de antígeno positivo
	3. Teste de anticorpos positivo (exame de sangue)
	4. Resultado positivo, sem certeza de qual teste
	5. Diagnosticado (a) por um médico baseado nos sintomas
	6. Autodiagnóstico baseado em sintomas
3. Você foi hospitalizado em decorrência da COVID?
	1. Não
	2. Sim (Por quantos dias?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. No hospital, você foi intubado (a) em decorrência da COVID?
	1. Não
	2. Sim (Por quantos dias?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Você foi vacinado (a) contra COVID? (Circule uma resposta)
	1. Não
	2. Uma dose, por favor especifique o tipo da vacina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Duas doses, por favor especifique os tipos da vacina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Você foi vacinado com alguma dose de reforço contra a COVID? (Circule uma resposta)
	1. Não
	2. Sim, por favor especifique quantidade e tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Quando você começou a apresentar sintomas de COVID? (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Devido a infecção de COVID, ocorreu algum dano documentado em um ou mais órgãos? (Por exemplo: vias respiratórias, sistema nervoso, desregulação metabólica, órgãos cardiovasculares, derrame, sistema gastrointestinal, artrite, doenças de pele, embolia pulmonar).
	1. Não
	2. Sim (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Liste qualquer problema médico que você tinha antes de ser infectado (a) por COVID. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Qual frase descreve melhor seu nível de fadiga/energia no decorrer do último mês? (Circule uma resposta)
	1. Eu não sou capaz de trabalhar ou fazer qualquer coisa, eu estou acamado.
	2. Eu consigo caminhar pela casa, mas não consigo realizar tarefas domésticas leves.
	3. Eu consigo realizar tarefas domésticas leves, mas não consigo trabalhar meio período.
	4. Eu consigo trabalhar apenas meio período no trabalho ou em algumas responsabilidades familiares.
	5. Eu consigo trabalhar em período integral, mas não tenho energia sobrando para mais nada.
	6. Eu consigo trabalhar em período integral e finalizar algumas responsabilidades familiares, mas não tenho energia sobrando para mais nada.
	7. Eu consigo realizar todas as responsabilidades do trabalho ou familiares sem nenhum problema com a minha energia.
11. Desde o início dos seus problemas com fadiga/energia, os seus sintomas causaram uma diminuição de 50% ou mais no seu nível de atividade? (Circule uma resposta)
	1. Não
	2. Sim
	3. Não tenho apresentado problemas com fadiga/energia

Para cada sintoma abaixo, por favor circule **um número para a frequência** e **um número para a intensidade.**

Por favor complete a lista da esquerda para a direita.

|  |  |
| --- | --- |
| **Frequência:**No decorrer do **último mês**, com que **frequência você teve** os sintomas listados abaixo?Para cada sintoma listado abaixo, circule um número de 0 a 4:**0 = em nenhum momento****1 = um pouco do tempo****2 = por volta de metade do tempo****3 = a maior parte do tempo****4 = o tempo todo** | **Intensidade:**No decorrer do **último mês**, quando um sintoma abaixo estava presente, **quão intenso** ele era?Para cada sintoma listado abaixo, circule um número de 0 a 4:**0 = não tive o sintoma****1 = leve****2 = moderado****3 = intenso****4 = muito intenso** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sintoma**  | **Frequência:** | **Intensidade:** |
| 12. Fadiga/cansaço extremo  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 13. Tosse | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 14. Perda ou mudança de olfato e/ou paladar  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 15. Falta de ar e/ou dificuldade para respirar  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 16. Dor no peito | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 17. Congestão nasal | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 18. Queda de cabelo | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 19. Dor de cabeça | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 20. Dor nos ossos e/ou articulações | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 21. Pernas pesadas e/ou pernas inchadas | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 22. Febre, calafrio, e/ou sudorese  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 23. Problemas nos nervos (tremores, movimentos anormais, dormência, formigamento, queimação, não conseguir mover parte do corpo, convulsões) | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 24. Mudanças na cor da pele como vermelho, branco ou roxo | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 25. Problemas de visão (embaçamento, sensibilidade à luz, dificuldade para ler ou focar, moscas volantes, flashes de luz) | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 26. Perda de memória | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 27. Problemas na audição (perda de audição, zumbido nos ouvidos)  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 28. Ansiedade | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 29. Depressão | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 30. Sintomas gastrointestinais (dor, sentindo-se cheio ou vomitando depois de comer, náusea, diarreia, constipação) | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 31. Perda de peso | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 32. Dor de garganta | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 33. Palpitações, batimento cardíaco acelerado, arritmia, e/ou frequência cardíaca irregular | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 34. Problemas na bexiga (incontinência, retenção urinária) | 0 1 2 3 4  | 0 1 2 3 4 |
| 35. Distúrbios do sono | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 36. Mudanças no desejo, conforto ou capacidade para relações sexuais | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 37. Dores musculares | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 38. Dor de ouvido | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 39. Olhos secos | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 40. Fraqueza, tontura, e/ou dificuldade de pensar após levantar-se de uma posição sentada ou deitada.  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 41. Sintomas que pioram após atividades físicas ou mentais (também conhecido como mal-estar pós-esforço)  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 42. Erupção cutânea | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 43. Dificuldade de pensar e/ou se concentrar  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 44. Sensação de dormência ou formigamento | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 45. Estresse | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 46. Língua ou boca dolorida, e/ou dificuldade para engolir.  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 47. Pele seca ou descamação da pele | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 48. Mudança na pressão sanguínea | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| 49. Sintomas ginecológicos (ex.: mudança na menstruação ou menopausa) | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |

50. Se você tem ou teve outros sintomas, por favor liste-os: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

51. Você tem o que vem sendo referido por síndrome da fadiga crônica, Encefalomielite Miálgica, ou Encefalomielite Miálgica/síndrome da fadiga crônica? (Circule uma resposta abaixo)

1. Não
2. Sim, já tinha essa condição antes de ter COVID-19
3. Sim, eu tenho essa condição após ter tido COVID-19