

Background Section

Quando começaram seus sintomas? *

	Mês	Dia	Ano
Por favor, selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Você ainda está tendo sintomas? *

- Sim
- Não

Recovered - Total Days

Quantos dias no total você sentiu os sintomas? *

Lifestyle & Pre-existing Conditions

Você apresentou alguma destas condições / diagnósticos **pre-existent**s ou experimentou algum dos seguintes pré-COVID?

- Alergias a comida
- Alergias ambientais (poeira, mofo)
- Alergias Químicas
- Alergias Sazonais
- Alergias de origem desconhecida
- Outras alergias
- Insônia
- Sonhos lúcidos (sonhos em que você está ciente de que está sonhando ou tem algum controle sobre o que sonha)
- Pesadelos
- Sonhos vívidos
- Suor noturno
- Apnéia do sono
- Doença de refluxo ácido
- Doença celíaca
- Doença de Crohn
- Colite ulcerativa
- Síndrome do intestino irritável (IBS)

- Outros problemas gastro-intestinais
- Asma
- DPOC
- Tuberculose
- Eczema
- Condições virais da pele (feridas, herpes, verrugas, molusco)
- Demência
- Convulsões / epilepsia
- Enxaqueca
- Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)
- Mal de Parkinson
- Esclerose múltipla
- Neuropatia periférica
- Doença Cardíaca Coronariana
- Insuficiência cardíaca
- Hipertensão (pressão alta)
- Hipotensão (pressão arterial baixa)
- História de coagulação
- História de derrames
- Colesterol alto / hiperlipidemia
- Prolapso da válvula mitral
- Anemia
- Autismo
- Condições autoimunes / reumatológicas
- Câncer (todos os tipos)
- Doença renal crônica
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Síndrome de Ehlers-Danlos (EDS)
- Endometriose
- Fibromialgia

- Deficiência seletiva de IgA
- Cistite intersticial (síndrome da dor na bexiga)
- Hepatite (A / B / C)
- HIV
- Síndrome de ativação de mastócitos
- Encefalomielite miálgica / Síndrome de fadiga crônica (EM / CFS)
- Obesidade
- Síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS)
- Infecções bacterianas recorrentes
- Infecções virais recorrentes
- Síndrome da perna inquieta
- TMJ (disfunção da articulação temporomandibular)
- Vertigem
- Visão: miopia / hipermetropia
- Deficiência de vitamina D
- Nenhuma das opções acima**

Indique outras doenças / diagnósticos pré-existentes não listados aqui. Se forem múltiplos, separe-os com uma vírgula. Liste apenas as condições, sem descrições ou explicações.

Alguma das suas doenças pré-existentes mudou durante o curso dos seus sintomas COVID19?

- Sim, elas pioraram.
- Sim, elas melhoraram.

- Algumas melhoraram, algumas permaneceram as mesmas, algumas pioraram (adicione uma explicação nas caixas de texto da página seguinte).
- Não, elas permaneceram as mesmas.
- N / A (não tinha nenhuma condição pré-existente)

Se alguma de suas condições pré-existentes piorou, descreva aqui.
(opcional)

Se alguma das suas condições pré-existentes melhorar, descreva aqui.
(opcional)

Qual é o seu tipo sanguíneo? Se você não sabe, selecione 'Não sei'. *

Não sei ▾