

Hospitalization

Ricovero in ospedale

Ha consultato un medico per i suoi sintomi da COVID-19? Ciò include sia gli appuntamenti dal vivo sia la telemedicina, come per esempio le chiamate via cellulare. Selezioni tutte le affermazioni pertinenti. *

- Medico di medicina alternativa
- Cardiologo
- Dermatologo
- Gastroenterologo
- Ematologo
- Medico generico
- Immunologo/allergologo
- Specialista di malattie infettive
- Medico di base
- Neurologo/neuroimmunologo
- Ostetrico ginecologo
- Psichiatra
- Pneumologo
- Reumatologo
- Altro
- Non ho visto/consultato il mio medico

È stato ricoverato / stata ricoverata / statø ricoveratø in ospedale? *

- Sì
- No
- Sono andato / andata / andatø al pronto soccorso, ma non ho potuto fare l'accettazione // non sono rimasto / rimasta / rimastø per la notte.

Se sì: quanto è durato il ricovero? [Numero di giorni] *

Ha ricevuto ossigenoterapia/supplementazione d'ossigeno? *

- Sì, cannula nasale
- Sì, intubazione
- No
- Non sono stato ricoverato / stata ricoverata / statø ricoveratø
- Altro

(Opzionale) Se vuole, descriva la sua esperienza con l'assistenza sanitaria