

Post-Exertional Malaise (effects of physical and mental activity on symptoms)

Malaise na Inspanning

Verslechtering of terugval van symptomen na fysieke en/of mentale activiteit

Heeft u tijdens uw herstel van COVID-19 na lichamelijke of mentale activiteit enige verergering of terugval van uw symptomen ervaren? *

- Ja
 Nee

Hoe sterk ervoer u doorgaans een verergering/terugval van uw symptomen? Houd a.u.b. de schuifregelaar op 0 als u dit helemaal niet heeft ervaren. *

	Geen malaise na inspanning			Enige vorm van malaise na inspanning			Sterke vorm van malaise na inspanning					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fysiek												<input type="text"/>
Cognitief												<input type="text"/>

Als u een verslechtering of terugval hebt ervaren na **Fysieke** Activiteit, wanneer vindt deze verslechtering/terugval plaats? *

- Onmiddellijk
- Dezelfde dag nog, na een paar uur
- De volgende dag
- Een paar dagen later
- Het wisselt
- Ik ervaar geen verslechtering of terugval van symptomen na Fysieke Activiteit

Als u een verslechtering of terugval hebt ervaren na **Mentale** Activiteit, wanneer vindt deze verslechtering/terugval plaats? *

- Onmiddellijk
- Dezelfde dag nog, na een paar uur
- De volgende dag
- Een paar dagen later
- Het wisselt
- Ik ervaar geen verslechtering of terugval van symptomen na Mentale Activiteit

Hoe lang duurt de verslechtering/terugval van symptomen doorgaans na Fysieke of Mentale Activiteit? *

- Een paar uur
 Een paar dagen
 Een paar weken
 Anders

(Optioneel) Beschrijf wat u nog meer wilt delen over uw ervaring met malaise na inspanning. U kunt bijvoorbeeld het soort activiteiten opnoemen dat uw symptomen het sterkst verergert (wandelen, zware lichamelijke inspanning, lezen, films kijken, enz.).

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5
Verslechtering/terugval van symptomen door fysieke en mentale inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>