

Symptoms

Испытывали ли Вы какие-либо **симптомы, связанные с памятью**, с момента начала заболевания COVID-19? *

Испытывали ли Вы какие-либо **симптомы, связанные с памятью** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных симптомов Вы испытывали после начала заболевания COVID-19? *

- Проблемы с кратковременной памятью (около 30 секунд, например, запомнить номер телефона, пока его записываете, или забыть, что Вы находитесь в середине выполнения какой-либо задачи)
- Проблемы с долговременной памятью (например, события, которые происходили вчера, забыть, что какая-то задача уже была выполнена, какую-то недавно выученную информацию или что происходило с Вами в начальной школе)
- Трудности запоминания новой информации
- Трудности вспомнить, как выполнять рутинные задачи (завязывать шнурки, мыть руки)
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Когда Вас беспокоили эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если какие-то симптомы

беспокоили Вас меньше недели или месяца, пожалуйста, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5
Симптомы, связанные с памятью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

Беспокоило ли Вас состояние, которое можно описать, как «затуманенное сознание» (трудности сосредоточиться, мыслить ясно, планировать, понимать информацию; ощущение, что мыслите слишком медленно или слишком быстро) с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных симптомов затуманенного сознания/ когнитивного снижения Вас беспокоили с момента начала заболевания COVID-19? *

- Трудности планировать, организовывать поведение, выполнять сложные последовательности действий, мыслить абстрактными категориями
- Агнозия (невозможность узнать или идентифицировать объект, несмотря на отсутствие проблем со зрением, слухом и др.)
- Трудности принятия решений или решения задач
- Трудности думать и размышлять

- Мысли как будто бы убыстрены
- Мысли как будто бы замедлены
- Трудности сосредоточения или поддержания внимания
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Когда Вас беспокоили эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если заболевание началось не более недели/месяца назад, оставьте пустым). Даже если симптомы беспокоили меньше недели/месяца, укажите это

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4
Затуманенное сознание / когнитивное функционирование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Changes to Daily/Functional Abilities due to memory loss or brain fog

Испытывали ли Вы затруднения или полную невозможность делать что-то из перечисленного ниже из-за **проблем с памятью или затуманенного сознания** (включая проблемы с вниманием, когнитивным снижением) ? *

Полностью невозможно выполнять	Возможно выполнять с серьезными затруднениями	Возможно выполнять с небольшими затруднениями
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Водить автомобиль

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Присматривать за детьми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Готовить или использовать предметы, которые нагреваются	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Есть	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Принимать душ/ванну регулярно	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Полностью невозможно выполнять	Возможно выполнять с серьезными затруднениями	Возможно выполнять с небольшими затруднениями
--------------------------------	---	---

Принимать важные решения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Покидать дом и возвращаться, не заблудившись	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Точно помнить текущий месяц и год	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Общаться с другими людьми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Принимать предписанные лекарства (забывать принимать вовремя или забывать, что уже приняли лекарство)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Полностью невозможно выполнять	Возможно выполнять с серьезными затруднениями	Возможно выполнять с небольшими затруднениями
--------------------------------	---	---

Работать	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Следовать простым указаниям	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Следовать за ходом своих мыслей и потребностей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Другое

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Полностью	Возможно выполнять с	Возможно выполнять
-----------	----------------------	--------------------

невозможно
выполнять

серьезными
затруднениями

небольшими
затруднениями

Опционально: Если еще какие-либо аспекты Вашей жизни были затронуты проблемами, связанными с памятью или затуманенным сознанием, пожалуйста, укажите их здесь. Также, пожалуйста, уточните степень возникших затруднений - слабые, умеренные или сильные.

Опционально: Пожалуйста, используйте это поле, чтобы описать примеры затуманенного сознания, проблем с памятью и вниманием.

Не включайте информацию, которая может идентифицировать Вас (имена, местоположение, названия).

Emotional/Behavioral Changes

Эмоциональные и поведенческие изменения

Сравнивая с тем, как Вы себя чувствовали до COVID, возросло ли какое-либо из перечисленных ниже состояний? *

- Трудности контроля над эмоциями
- Трудности торможения (контроля поведения)
- Раздражительность
- Злость
- Импульсивность
- Агрессивность
- Эйфория (чувство или состояние интенсивного счастья и волнения)
- Иллюзии
- Депрессия
- Апатия (снижение интереса, силы эмоциональных переживаний)
- Суицидальность
- Скачки настроения
- Тревога
- Мания (ненормально приподнятое настроение, уменьшенная потребность в сне, иногда с возникновением иллюзий)
- Гипомания (ослабленная форма мании)
- Плаксивость
- Чувство безысходности
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Опционально: Опишите примеры эмоциональных изменений, которые происходили во время болезни.

Не включайте информацию, которая может идентифицировать

Вас (имена, местоположение, названия).

Опционально: Если какие-либо из этих состояний беспокоили Вас до инфицирования COVID, пожалуйста, опишите, как они изменились **после** инфицирования COVID.

Не включайте информацию, которая может идентифицировать Вас (имена, местоположение, названия).

Speech and Other Language Issues

Изменения речи

Испытывали ли Вы затруднения, связанные с **речью, языком** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных симптомов речевых затруднений Вы испытывали во время Вашего заболевания COVID-19? *

- Трудности подбора слов при письме/разговоре
- Трудности вербальной коммуникации
- Трудности формирования сложных предложений
- В разговоре мои слова были неузнаваемыми
- Трудности письменной коммуникации
- Трудности понимания речи других
- Трудности понимания при чтении текстов
- (Если применимо) Опишите изменения, затронувшие Ваш неродной (второй/третий) язык, которым Вы владеете
- Ничего из вышеперечисленного
- Другое

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если применимо). Даже если симптомы беспокоили менее недели/месяца, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5
Изменения речи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Вы говорите на нескольких языках? *

- Да
- Нет

Опционально: Используйте это поле для описания примеров изменений речи, включая говорение, письмо, чтение, понимание речи других. Вы можете включить сюда также симптомы, которых не было в прошлом списке. Например, если Вы владеете несколькими языками и заметили различного рода изменения в Вашем родном и неродном языке.

Headaches

Головные боли

Беспокоили ли Вас появившиеся **головные боли** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных симптомов Вы испытывали с момента начала COVID-19? *

- Головные боли в основании черепа
 Головные боли в височной области (висках)

- Головные боли в области за ушами
- Диффузные головные боли (распространенные по всей голове)
- Головные боли после умственной нагрузки
- Другие головные боли
- Ощущение, что голова "в огне"
- Ощущение сдавливания, давящие головные боли
- Мигрени
- Скованность мышц шеи
- Ничего из вышеперечисленного

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если применимо). Даже если Вы испытывали симптомы меньше недели/месяца, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5
Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sense of Smell and Taste

Ощущения вкуса и запаха

Испытывали ли Вы изменения **ощущения вкуса или запаха** с момента начала заболевания COVID-19? *

Да

Нет

Какие из описанных ниже симптомов Вы испытывали с момента начала заболевания COVID-19? *

- Потеря обоняния
- Фантомные запахи (ощущение запаха в отсутствие объекта)
- Усилившееся обоняние
- Искажения вкусовой чувствительности
- Потеря ощущения вкуса
- Фантомные вкусовые ощущения (вкус в отсутствие объекта)
- Усилившаяся вкусовая чувствительность
- Искажения обоняния
- Ничего из вышеперечисленного

Когда Вас беспокоили эти симптомы? *

4 недель, затем месяцев (если применимо). Даже если какие-то симптомы беспокоили Вас меньше недели или месяца, укажите их.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4
Изменения вкусовой чувствительности и обоняния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы испытывали фантомные запахи, пожалуйста, опишите их:

Если Вы испытывали фантомные вкусовые ощущения, пожалуйста, опишите их:

Tremors and Vibrating Sensations

Тремор и ощущения вибрации

Испытывали ли Вы **тремор или ощущения вибрации** с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

Тремор: Непроизвольное, ритмическое сокращение мышц, которое приводит к дрожанию одной или более частей тела

Ощущения вибрации: Ощущение «зуда» внутри мышц, пальцев, ног, как будто части тела дрожат изнутри но при этом они не двигаются

- Да
- Нет

Какие из перечисленных симптомов Вы испытывали с момента начала заболевания COVID-19? *

- Тремор
- Ощущения вибрации

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Отметьте, пожалуйста, для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если применимо). Даже если какие-то симптомы беспокоили Вас меньше недели или месяца, укажите их.

	Неприменимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Тремор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ощущения вибрации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Пожалуйста, опишите здесь примеры этих ощущений.

Не указывайте информацию, которая может идентифицировать Вас (имена, местоположение).



Sleeping issues

Проблемы со сном

Испытывали ли Вы какие-либо **проблемы со сном** с момента начала заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Какие из перечисленных ниже проблем со сном появились у Вас с момента начала заболевания COVID-19? *

- Осознанные сновидения (осознавание себя во сне, что Вы спите, или ощущение контроля над сюжетом сновидения)
- Яркие реалистичные сновидения
- Ночные кошмары
- Бессоница
- Ночная потливость
- Синдром беспокойных ног
- Пробуждение из-за ощущения, что стало невозможно дышать
- Сонное апноэ

Другое

Когда Вы начали испытывать эти симптомы? *

Отметьте симптомы для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если применимо). Даже если Вы испытывали какие-то симптомы меньше недели или месяца, укажите их.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Бессонница	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сонное апноэ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие симптомы, связанные со сном	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вас беспокоила/беспокоит бессонница, что из нижеперечисленного лучше всего описывает Ваше состояние? *

- Трудности засыпания
- Трудности раннего пробуждения по утрам
- Частое пробуждение ночью
- Ничего из вышеперечисленного

Что является/являлось причиной Вашей бессонницы? *

- Боль

- Чувствительность к свету/шуму
- Другой физический дискомфорт
- Тревога/депрессия/навязчивые мысли
- Трудности с дыханием
- Ощущение прилива энергии
- Ощущение, как будто вирус не дает уснуть
- Другое

Hallucinations

Галлюцинации

Возникали ли у Вас **галлюцинации** (зрительные, слуховые или тактильные) с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

- Да
- Нет

Какие из перечисленных галлюцинаций возникали у Вас с момента начала заболевания COVID-19? *

- Зрительные (появление образов) галлюцинации
- Слуховые (возникновение звуков) галлюцинации
- Тактильные (чувство прикосновения, осязания) галлюцинации
- Другое

Когда Вы начали испытывать эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если продолжительность заболевания еще не достигла недели или месяца, оставьте поле пустым). Даже если симптом беспокоил Вас меньше недели или месяца, укажите его.

	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	М
Галлюцинации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Слабость, онемение, покалывание, зябкость и другие ощущения

Какие из перечисленных **неврологических телесных сенсаций** Вы испытывали с момента начала заболевания COVID-19? *

Пожалуйста, укажите в текстовом поле, в какой именно части тела/конечности возникало ощущение. Если таких мест было несколько, перечислите их через запятую.

- Кожные: жжение, покалывание или зуд без сыпи
- Онемение / потеря чувствительности

- Онемение / потеря чувствительности только на одной стороне тела
- Ощущение холода
- Покалывание, пощипывание, ощущение "иголок под кожей"
- Ощущение "электрического разряда"
- Паралич лицевых мышц (уточните, каких)
- Ощущение давления/онемения на левой стороне лица
- Ощущение давления/онемения на правой стороне лица
- Ощущение давления/онемения лица, другое
- Слабость
- Ничего из вышеперечисленного

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если Вы испытывали какие-то симптомы меньше недели или месяца, пожалуйста, укажите их.

Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
--------------	---------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------	------------

Все
телесные
сенсации
(ощущения)

Temperature Issues

Температура

Возникали ли у Вас **проблемы, связанные с температурой тела** (включая непереносимость жары, озноб, повышение/понижение температуры) с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

- Да
 Нет

Беспокоили ли Вас какие-либо из нижеперечисленных **проблем, связанных с температурой тела** с момента начала Вашего заболевания COVID-19? *

- Скачки температуры (возникновение жара или резкое повышение температуры и возвращение к норме)
 Непереносимость жары
 Другие проблемы, связанные с температурой

Если Вас беспокоили симптомы, связанные с температурой,

когда Вы их испытывали? *

Пожалуйста, отметьте симптомы для первых **4 недель**, затем **месяцев** (если какие-то начали беспокоить только сейчас и еще не более недели/месяца, оставьте поле пустым). Даже если Вы испытывали симптомы меньше недели или месяца, пожалуйста, укажите их.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Повышенная температура (37.1-37.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жар (38 градусов и выше)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пониженная температура	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Озноб/ приливы/ потливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие симптомы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вас беспокоила низкая температура, укажите минимальное значение (только число).

Если Вас беспокоила высокая температура, укажите максимальное значение (только число).



Cardiovascular Symptoms

Сердечно-сосудистые симптомы

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Укажите симптомы для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**, даже если Вы испытывали их меньше недели или месяца.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3
Тахикардия (учащенное сердцебиение, более 90 ударов в минуту)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Брадикардия (уреженное сердцебиение, менее 60 ударов в минуту)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Трепетания (ощущение / осознавание каждого удара сердца; ощущение сильного стука сердца или что сердце пропускает удары)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ненормально высокое артериальное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ненормально низкое артериальное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Воспаленные/ выступающие вены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обмороки, потеря сознания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тромбы (Тромбоз)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если у Вас была тахикардия и Вам удалось зарегистрировать частоту сердечных сокращений, какой была максимальная частота в покое?

Если у Вас была тахикардия и Вам удалось зарегистрировать частоту сердечных сокращений, какой была максимальная

ЧАСТОТА при физической нагрузке ?

Если у Вас была тахикардия, частота сердечных сокращений после перехода из сидячего в стоячее положение была выше ?

- Да, была выше, когда я вставал(а)
- Нет, была выше, когда я сидел(а)
- Была примерно той же самой и сидя, и стоя

Если у Вас была тахикардия и Вам удалось зарегистрировать частоту сердечных сокращений, насколько менялась частота сердечных сокращений при переходе из лежачего положения в стоячее?

All Other Symptoms - Timecourse

В этом разделе собраны группы вопросов по различным симптомам (**Общие расстройства, симптомы, связанные с работой желудочно-кишечного тракта, симптомы, связанные с работой дыхательной системы, слуховой и зрительной систем, урогенитальной системы, кожные симптомы, проявления аллергии, мышечно-суставные симптомы**)

Проявлялись ли у Вас эти симптомы и, если да, то когда? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если Вы испытывали какие-то из симптомов меньше недели/месяца, отметьте их. **Если никакие из этих симптомов Вас не беспокоили, отметьте соответствующий пункт ("Никакие из перечисленных симптомов не применимы") в конце блока.**

Общие расстройства

Никакие из перечисленных симптомов общих расстройств не применимы

Когда Вы испытывали эти симптомы? *

Отметьте симптомы, характерные для первых **4 недель**, затем **месяцев (если применимо)**. Даже если Вы испытывали какие-то симптомы меньше недели/месяца, отметьте их.

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2
Головокружение/ вертиго/трудности удержания равновесия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Невралгия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Судороги, судорожные приступы (подтвержденные)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Судороги,
судорожные
приступы
(неподтвержденные)

Эпизоды нарушений
дыхания/удушья,
когда насыщение
кислородом
(сатурация) было в
норме

Низкий уровень
кислорода
(сатурация) <94%

Новые/неожиданные
анафилактические
реакции

Острый приступ
дезориентации/
спутанности
сознания

Невнятная речь

Высокий уровень
сахара в крови
(подтвержденный
измерениями)

Низкий уровень
сахара в крови
(подтвержденный
измерениями)

Симптомы, связанные с работой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

Никакие из перечисленных симптомов, связанных с ЖКТ, не применимы

Симптомы, связанные с работой желудочно-кишечного тракта

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2
Запор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диарея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рвота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тошнота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потеря аппетита	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гастроэзофагеальный рефлюкс / кислотный рефлюкс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Симптомы, связанные с работой дыхательной системы

Никакие из перечисленных симптомов, связанных с работой дыхательной системы, не применимы

Симптомы, связанные с работой дыхательной системы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4
Сухой кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Мокрый" кашель, кашель с отделением мокроты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кашель с кровью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Давление в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чихание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Насморк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль/жжение в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хрипы при дыхании	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль в горле	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Симптомы, связанные с работой слуховой системы

- Никакие из перечисленных симптомов, связанных с работой слуховой системы, не применимы

Симптомы, связанные с работой слуховой системы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	М
Потеря слуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тиннитус (звон в ушах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Другие симптомы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Симптомы, связанные с работой зрительной системы

- Никакие из перечисленных симптомов, связанных с работой зрительной системы, не применимы

Симптомы, связанные с работой зрительной системы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	М
Симптомы, связанные со зрением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие глазные симптомы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Урогенитальные симптомы

Никакие из перечисленных урогенитальных симптомов не применимы

Урогенитальные симптомы

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	М
Симптомы, связанные с менструальным циклом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с контролем мочевого пузыря	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Кожные симптомы, аллергические проявления

Никакие из перечисленных кожных симптомов и проявлений аллергии не применимы

Кожные симптомы, аллергические проявления

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4
Шелушение кожи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Петехии (мелкие фиолетовые, красные или коричневые точки на коже, обычно на руках, ногах, животе, крайне редко - на веках или слизистой рта)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пальцы ног, характерные для COVID (Изменение цвета, отек, болезненность пальцев ног или появление на них волдырей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дерматография (появление красных линий после расчесывания места на коже)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Новые аллергии (пищевые, бытовые и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сыпь на коже	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Мышечные и суставные симптомы

Никакие из перечисленных проблем с мышцами и суставами не применимы

Проблемы с мышцами и суставами

	Не применимо	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Месяц 2	Месяц 3	М
Мышечные спазмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Боли в мышцах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Боли в суставах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Боли или жжение в костях	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

All Other Symptoms - Checkbox

Другие симптомы

Испытывали ли Вы какие-либо из перечисленных симптомов с начала Вашего заболевания COVID-19? *

(Выберите все варианты, которые применимы)

- Невозможность заплакать
- Невозможность зевать
- Ком в горле/трудности глотания
- Изменения голоса
- Кашель с кровью
- Ощущение нереальности собственного тела / как будто смотришь на себя со стороны (деперсонализация)
- Ощущение нереальности окружающего мира (дереализация)
- Сильная жажда
- Ничего из перечисленного

Слуховая система

- Боль в ухе/ушах
- Изменения в слуховом проходе (такие как давление, жжение, отек)
- Онемение/потеря чувствительности
- Повышенная чувствительность к шуму
- Другие проблемы, связанные со слуховой системой
- Ничего из перечисленного

Зрительная система

- Размытое зрение
- Двоение
- Повышенная чувствительность к свету
- Туннельное зрение
- Полная потеря зрения
- Ощущение боли или давления в глазу/глазах
- Конъюнктивит
- Интенсивная краснота ("лопнувший сосуд", субконъюнктивальное кровоизлияние)
- Сухость глаза/глаз
- Покраснение с внешней стороны глаза
- "Мушки" перед глазами
- Появление посторонних объектов на периферии поля зрения
- Другие глазные симптомы
- Ничего из перечисленного

Урогенитальные и репродуктивные симптомы

- Ранняя менопауза
- Постменопаузальные кровотечения
- Ненормально интенсивная менструация (со сгустками крови)
- Ненормально нерегулярный менструальный цикл
- Другие симптомы, связанные с менструацией/менструальным циклом

- Уменьшение размера яичек/пениса
- Боль в яичках
- Другие симптомы, связанные с пенисом/яичками/спермой

- Изменения в сексуальной жизни (трудности поддержания эрекции, вагинальная сухость, трудности достижения оргазма)
- Другие урогенитальные симптомы
- Ничего из перечисленного

Симптомы ЖКТ

- Быстро наступающее чувство насыщения во время приема пищи
- Боль в животе
- Гиперактивные ощущения сокращения (перистальтики) кишечника
- Ничего из перечисленного

Кожные симптомы, аллергии

- Новые аллергии (пищевые, бытовые и т.п.)
- Усиление уже имевшихся аллергических реакций
- Кожный зуд
- Зудящие глаза
- Зуд, другое
- Обесцвеченность, ломкость ногтей
- Опоясывающий лишай
- Ничего из перечисленного

Symptom Course

Насколько сильными являлись/являются проявления симптомов в течение **недель/месяцев**? *

Если изменения интенсивности симптомов происходили несколько раз, укажите для самого сильного.

	Отсутствие симптомов	Очень слабые	Слабые	Умеренные	Сильные	Очень сильные
Неделя 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неделя 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неделя 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неделя 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Отсутствие симптомов	Очень слабые	Слабые	Умеренные	Сильные	Очень сильные
Месяц 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Месяц 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Месяц 7+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Отсутствие симптомов	Очень слабые	Слабые	Умеренные	Сильные	Очень сильные

Какие из приведенных описаний наиболее точно описывают картину обострений Ваших симптомов и общую картину развития болезни? Выберите все варианты, которые применимы: *

- Обострений не было / еще не было
- Обострения были регулярными (каждые несколько дней, еженедельно, ежемесячно и т.п.)
- Обострения были нерегулярными
- Обострения имели триггер - пусковой фактор (стресс, прием алкоголя, физические нагрузки и др.)
- Обострения становятся короче/менее интенсивными со временем
- Обострения становятся длиннее/тяжелее со временем
- Интенсивность обострений остается примерно одинаковой
- В целом, симптомы постепенно уменьшались (состояние улучшалось) со временем
- В целом, симптомы постепенно уменьшались со временем
- В целом, симптомы постепенно уменьшались со временем
- Произошло быстрое ухудшение
- Произошло быстрое улучшение
- Другое

Что из перечисленного являлось триггером (пусковым фактором) ухудшения симптомов или обострения? Пожалуйста, выберите

все подходящие варианты: *

- Стресс
- Алкоголь
- Кофеин
- Жара
- Менструация
- Неделя перед менструацией
- Занятия спортом
- Физическая активность
- Умственная активность
- Другое

Как Вы бы оценили свое текущее состояние по шкале 0-100%
(где 100% Ваше состояние до COVID)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
%

Symptom Severity

Перечислите, по крайней мере **три симптома**, которые были наиболее изнурительными в период восстановления.

По шкале 0-10, насколько интенсивными они были? (0 - не беспокоили, 10 - были очень изнуряющими).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Симптом 1 *

Симптом 2 *

Симптом 3 *

Симптом 4

Симптом 5