

Pytania o ogólny stan zdrowia

1. Jak oceniliby/oceniłaby Pan/Pani swój stan zdrowia przed chorobą COVID-19?

- Znakomity
- Dobry
- Dość dobry
- Słaby

2. Jaki jest Pana/Pani typowy poziom interakcji społecznych (gdy nie obowiązują zalecenia dystansu społecznego)?

- Często wychodzę ze znajomymi (4-7 razy/tydzień)
- Czasem wychodzę ze znajomymi (2-3 razy/tydzień)
- Zazwyczaj sam/a spędzam czas (wychodzę ze znajomymi raz w tygodniu lub mniej)

3. Jak w skali 1 do 5 oceniliby/oceniłaby Pan/Pani swój poziom dostosowania się do zaleceń dystansu społecznego wydanych przez CDC? (gdzie "1" oznacza brak dostosowania się do zaleceń, a "5" pełne dostosowanie się do wszystkich zaleceń):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani którąś z wymienionych poniżej chorób lub dolegliwości (proszę wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi):

- Choroba płuc
 - a. Astma
 - b. Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)
 - c. Idiopatyczne zwłóknienie płuc
 - d. Rozstrzenie oskrzeli
 - e. Niedobór alfa-1 antytrypsyny
 - f. Inna dolegliwość płuc
- Choroba serca
 - a. Wrodzona wada serca
 - b. Choroba wieńcowa / zawał serca
 - c. Zastoinowa niewydolność serca
- Nadciśnienie
- Hiperlipidemia/Hipercholesterolemia
- Anemia
- Choroba wątroby
- Cukrzyca
- Otyłość
- Choroba stawów:
 - a. Reumatoidalne zapalenie stawów
 - b. Zapalenia kości i stawów
- Zapalna choroba jelit
- Nowotwór
- Mukowiscydoza
- Przewlekła choroba nerek
- Zaburzenia neurologiczne (np. stwardnienie zanikowe boczne, stwardnienie rozsiane,

choroba Parkinsona, choroba Huntingtona)

- Demencja
- Inna, proszę wymienić _____
- Żadna z powyższych

5. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani przeszczep narządu?

- Nie
- Tak - którego narządu? _____

6. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani którąś z wymienionych poniżej chorób związanych z układem odpornościowym?

- Choroba autoimmunologiczna (prosze zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi):
Choroba tarczycy, toczeń rumieniowaty układowy, stwardnienie rozsiane, cytopenia, zapalenie okrężnicy/zapalna choroba jelit, inna: _____
- Stan zapalny, proszę sprecyzować czego: _____
- Często/regularnie występująca gorączka
- Niedobór odporności
- Nawracające brodawki lub wirusowe infekcje skóry
- Alergia sezonowa/ katar sienny
- Alergia pokarmowa
- Opryszczka
- Półpasiec
- Egzema
- Pokrzywka
- Żadna z powyższych

7. Czy zażywa Pan/Pani obecnie którykolwiek z poniżej wymienionych leków (przynajmniej raz w tygodniu)? Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi.

- Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne, NLPZ (ibuprofen, aspiryna, celekoksyb, diklofenak, diflunizal, etodolak, indometacyna, ketaprofen, ketorolak, nabumetone, naproxen, oxaprozin, piroksykam, sulindac)
- Acetaminofen (APAP, Paracetamol)
- Leki na astmę (lek rozszerzający oskrzela Ventolin, albuterol)
- Kortykosteroidy (nie wziewne, np. prednizon)
- Kortykosteroidy wziewne
- Wziewne leki rozszerzające oskrzela
- Leki na ból neuropatyczny (gabapentyna)
- Leki na cukrzycę (metformina)
- Inhibitory TNF-alfa (infliksymab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, itp.)
- Leki rozrzedzające krew (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, itp.)
- Inhibitory ACE na nadciśnienie (Benazepril, kaptopryl, Fosinopril, lizynopryl, itp.)
- Statyny na obniżenie poziomu cholesterolu (atorwastatyna, simwastatyna)
- Antagonisty receptora angiotensyny na leczenie nadciśnienia (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)
- Inhibitory kinazy JAK (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- Hydroksychlorochina
- Blokery receptora IL-6 (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)
- Lek na tarczycę, lewotyroksyna
- Beta-blokery obniżające ciśnienie (metoprolol, atenolol, tramadol, itp.)
- Inne (na receptę, bez recepty, witaminy, suplementy): _____

Żadne z powyższych

8. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciwko grypie w tym sezonie (ostatnie 6 miesięcy)?

Tak, data (jeśli znana):

Nie

Nie pamiętam

9. Czy pamięta Pan/Pani ostatni raz gdy zachorował Pan/Pani na grypę lub miał/a objawy grypopodobne przed pandemią COVID-19?

Tak - kiedy? _____

Nie

Czy był/a Pan/Pani przyjęty/a do szpitala z powodu grypy?

Tak

Nie

10. Jak często choruje Pan/Pani na grypę lub ma objawy grypopodobne?

Nigdy

Rzadko

Raz w roku

Dwa razy w roku lub więcej

11. Kiedy brał/a Pan/Pani antybiotyk po raz ostatni?

Biorę aktualnie

W tym miesiącu

Miesiąc temu

W przeciągu ostatnich 2 miesięcy

W przeciągu ostatnich 6 miesięcy

W przeciągu ostatniego roku

Ponad rok temu

Nigdy/nie pamiętam

These are questions 19-29 in the original full UPenn/CTSA COVID-19 Patient Survey and have been renumbered 1-11.

