

QUESTIONARIO POST COVID

Cognome e nome _____

Sesso: maschile femminile data nascita ___/___/_____

PATOLOGIE PREGRESSE

IPERTENSIONE: no si DIABETE MELLITO: no si CARDIOPATIA: no si

ASMA: no si BPCO: no si TUMORI: no si ALLERGIE: no si

ANSIA-DEPRESSIONE: no si

Terapie in atto e se sono state modificate dopo il Covid-19 _____

Presenza in precedenza o attuale di:

Alterazione del gusto: no si Alterazione dell'olfatto: no si

Irregolarità' intestinali (diarrea, stipsi): no si Astenia: no si

Difficoltà' respiratoria (dispnea a riposo, dispnea per sforzi lievi): no si

Tosse: no si Disfagia: no si

Rinite (rinorrea, starnuti, ostruzione nasale): no si Palpitazioni a riposo: no si

Dolore toracico: no si Dolore addominale: no si Perdita dell'appetito: no si

Difficoltà' ad alimentarsi rispetto a prima: no si Modifiche del peso: no si

Insomnia: no si Confusione mentale: no si Disturbi dell'umore: no si

Agitazione immotivata: no si Attacchi di ansia: no si

Difficoltà' di concentrazione: si Disturbi della memoria: si

Rallentamento dei movimenti: si Tremore: si Disturbi dell'equilibrio: no si

Diplopia: no si Episodi febbrili (37 C): no si

Problemi oculistici (congiuntivite, lacrimazione): no si Mialgie: no si

Artralgie: no si Cefalea: no si

Altro: no si _____

Ripresa dopo la malattia

il paziente e' rimasto sempre a letto: no si

ha condotto vita tra letto e poltrona: no si

ha ripreso le attività' quotidiane in casa: no si

e' uscito di casa: no si

esegue esercizi fisici/ fisioterapia prescritti o autonomamente: no si

riesce a svolgere le normali attività' di vita quotidiana come prima: no si

ha avuto necessita di ossigenoterapia: no si

ha ripreso il lavoro (solo persone precedentemente occupate): no si