

Profilo personale

1. Digitare il proprio nome qui sotto.

2. Qual è la tua data di nascita?

3. Qual è il tuo indirizzo e-mail?

4. Qual è il tuo numero di cellulare?

5. Che sesso ti è stato assegnato alla nascita?

- ☐ Uomo
- ☐ Donna
- ☐ Altro
- ☐ Preferisci non rispondere

Sei attualmente incinta o c'è una possibilità che tu possa rimanere incinta durante il prossimo mese?

- ☐ Sì
- ☐ No

6. Il tuo attuale genere identifica/corrisponde al tuo sesso assegnato alla nascita?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Preferisci non rispondere

7. Quanti anni hai: _____ *anni*

8. Quanto pesi: _____ *Kg*

9. Quanto sei alto? _____ *metri* _____ *centimetri*

10. Qual è la tua etnia? (controlla tutto ciò che e' applicabile)

- ☐ Asiatico
- ☐ Africano
- ☐ Europeo
- ☐ Latino-Americano
- ☐ Nord Africano
- ☐ Non lo so
- ☐ Preferisco non rispondere

11. Vivi da solo/a?

- ☐ Sì
- ☐ No

Indicare l'età per le persone che interagiscono all'interno della propria famiglia (compreso te stesso, tutti i co-inquilini o personale domestico - controllare tutto ciò che si applica)

☐ __ meno di 3 anni

☐ __ 3-6 anni

☐ __ 7-17 anni

☐ __ 18-25 anni

☐ __ 26-40 anni

☐ __ 41-64 anni

☐ __ 65-79 anni

☐ 80 anni o più

13. Qual è il tuo indirizzo? (Solo a scopo di geo-codificazione)

COVID-19 domande correlate

14. Ti è stata diagnosticato COVID-19

☐ Sì

☐ No

15. Sei stato testato/a per COVID-19?

☐ Sì

☐ No

Dove sei stato testato per COVID-19?

- ☐ Ufficio ambulatoriale o laboratorio (pubblico o privato)
- ☐ Pronto Soccorso
- ☐ Altro

Qual è la specificazione di "Altro" indicato sopra?

Avevi sintomi quando sei stato/a testato/a?

- ☐ Sì
- ☐ No

Perché sei stato testato/a?

- ☐ Operatore sanitario / primo soccorritore
- ☐ Membro della famiglia, a rischio/suscettibile, a casa
- ☐ Altro

Che "altro" motivo avevi per fare il test?

16. Descrivere i sintomi:

- ☐ Nessuno
- ☐ Tosse, per quanti giorni ____
- ☐ Mal di gola, per quanti giorni ____

- ☐ Febbre > 38° C, per quanti giorni ____
- ☐ Temperatura massima registrata _____
- ☐ Brividi
- ☐ Mal di testa
- ☐ Perdita parziale dell'olfatto (iposmia)
- ☐ Perdita completa dell'olfatto (anosmia)
- ☐ Perdita parziale di gusto (ipoeusia)
- ☐ Perdita completa di gusto (ageusia)
- ☐ Problemi respiratori
- ☐ Affaticamento / sonnolenza
- ☐ Dolore muscolare
- ☐ Rinite
- ☐ Diarrea (> 3 scariche acquose/feci non formate rispetto alla normale consistenza/24 ore)
- ☐ Nausea o vomito
- ☐ Arrossamento di labbra / viso
- ☐ Confusione o incapacità di svegliarsi
- ☐ Oppressione toracica/angina pectoris/dolore toracico
- ☐ Lieve congiuntivite o occhi arrossati
- ☐ Altro, specificare

Quanti giorni di tosse (se ti ricordi)?

Si prega di descrivere il tipo di tosse:

☐ Secca

☐ Produttiva

☐ altro _____

Data del primo sintomo

Data della risoluzione dei sintomi (se nota)

17. Eri all'estero poco prima di ammalarti / essere esposto/a o sospettato/a di infezione da COVID-19?

☐ No

☐ Sì, paese:

18. Sei stato esposto/a a un individuo conosciuto o sospettato di avere COVID-19?

☐ Sì; Conosciuto

☐ Sì; Sospettato

☐ No

☐ Non sono sicuro

Domande generali sulla salute:

19. Come valuteresti la tua salute in generale?

- ☐ Eccellente
- ☐ Buona
- ☐ Accettabile
- ☐ Scadente

20. Descrivi il tuo livello abituale di interazioni sociali con altre persone quando non sei obbligato/a a rimanere a casa e/o mantenere le distanze sociali di sicurezza.

- ☐ Esco molto (4-7 volte/settimana)
- ☐ Esco a volte (2-3 volte/settimana)
- ☐ Sto essenzialmente da solo/a (1 o meno volte/settimana)

21. Su una scala da 1 a 5, come valuti la tua aderenza alle misure di sicurezza e distanziamento, come raccomandato? (1 = non seguo le linee guida e 5= rispetto tutte le linee guida).

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

22. Un medico o personale sanitario ti ha mai detto di avere una delle seguenti malattie? (controlla tutto ciò che si applica al tuo caso)

☐ Malattia polmonare

a. Asma

b. Malattia polmonare ostruttiva cronica

c. Fibrosi polmonare idiopatica

d. Bronchiectasie

e. Carenza di alfa-1 antitripsina

f. Altra patologia polmonare

☐ Malattia cardiaca

a. Malattia cardiaca congenita

b. Malattia coronarica/storia di infarto del miocardio

c. Insufficienza cardiaca congestizia

☐ Ipertensione/ipertensione arteriosa

☐ Iperlipidemia/ ipercholesterolemia

☐ Anemia

☐ Malattia epatica

☐ Diabete

☐ Obesità

☐ Malattie osteoarticolari

a. Artrite reumatoide

b. Osteoartrite o malattia articolare

☐ Malattia intestinale infiammatoria

☐ Cancro

☐ Fibrosi cistica

☐ Malattia renale cronica

☐ Disturbo neurologico (ad esempio, SLA, sclerosi multipla, Parkinson, Huntington)

☐ Demenza

☐ Altro, si prega di specificare

☐ Nessuna tra quanto sopra specificato

23. Hai mai subito un trapianto d'organo?

☐ No

☐ Sì, quale organo? _____

24. Ti è mai stata diagnosticata una malattia immunitaria?

☐ Condizione autoimmune (indicare quale)

 tiroide, lupus, sclerosi multipla, citopenia, colite/malattia infiammatoria
intestinale, altro:

☐ Condizione infiammatoria - quale:

☐ Febbri periodiche/frequenti

☐ Immunodeficienza

☐ Verruche ricorrenti o infezioni virali della pelle

☐ Allergie di stagione/febbre da fieno

☐ Allergie alimentari

☐ Herpes labiale

☐ Herpes zoster

- ☐ Eczema
- ☐ Orticaria
- ☐ Nessuna tra quelle elencate

25. Stai attualmente prendendo uno dei seguenti farmaci (almeno una volta alla settimana)? (Controlla la lista e farmaci che si applicano al tuo caso)

- ☐ Agenti antinfiammatori non steroidei convenzionali FANS (aspirina, celecoxib, diclofenac (Cambia, Cataflam, Voltaren), diflunisal, etodolac, ibuprofene (Motrin, Advil), indometacina (Indocin), ketoprofene, ketorolac, nabumetone, naproxene (Aleve, Anaprox, Naprelan, Naprosyn), oxaprozin (Saypro, Walix), piroxicam (Feldene), salsalate (Disalate), sulidnac, tometlin)
- ☐ Acetaminofene (Benadryl, Excedrin, Robitussin, Sinutab, Sudafed, Tylenol, Vicks e altri)
- ☐ Antiasmatici (bronchodilatatore Ventolin, albuterolo)
- ☐ Corticosteroidi (non inalati), ad esempio: Prednisone
- ☐ Corticosteroidi inalati
- ☐ Bronchodilatatori inalati
- ☐ Farmaco antalgico per trattamento di neuropatia, Gabapetin
- ☐ Antidiabetico, Metformina
- ☐ Farmaci anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, altri)
- ☐ Farmaci anticoagulanti (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarina, ecc.)
- ☐ Inibitori ACE per il trattamento dell'ipertensione (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, ecc.)
- ☐ Statine per abbassare il colesterolo (come l'atorvastatina o la simvastatina)
- ☐ Antagonisti del recettore dell'Angiotensina II (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, ecc.)

- ☐ Inibitori JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- ☐ Idrossiclorochina
- ☐ Immunosoppressori della IL-6 (sarilumab, tocilizumab, siltuximab, altri)
- ☐ Farmaco per il trattamento dell'ipotiroidismo: levotiroxina
- ☐ Beta-bloccanti per ridurre la pressione sanguigna (metoprololo, atenololo, tramadol, ...)
- ☐ Altro (prescritto/non prescritto/vitamine o integratori)
- ☐ Nessuno tra quanti sopra specificati

26. Hai ricevuto un vaccino antinfluenzale in questa stagione (ultimi 6 mesi)?

- ☐ Sì, data (se ricordi) _____
- ☐ No
- ☐ Non ricordo

27. Ti ricordi l'ultima volta che hai avuto l'influenza o sintomi simil-influenzali prima della pandemia COVID?

- ☐ Sì, quando? _____
- ☐ No

Sei stato/a ricoverato/a in ospedale a causa dell'influenza?

- ☐ Sì
- ☐ No

28. Quanto spesso ti ammali di influenza?

- ☐ Mai

- ☐ Raramente
- ☐ Una volta all'anno
- ☐ Due volte all'anno, o più

29. Quando sei stato/a in terapia antibiotica?

- ☐ In corso
- ☐ Questo mese
- ☐ Mese scorso
- ☐ Negli ultimi 2 mesi
- ☐ Negli ultimi 6 mesi
- ☐ Nell'ultimo anno
- ☐ Più di un anno fa
- ☐ Mai/ Non ricordo

Domande sullo stile di vita personale:

30. Prendi droghe ricreative come la marijuana?

- ☐ No
- ☐ Sì, con quale
frequenza? _____

31. Fumi?

- ☐ Non ho mai fumato

- ☐ Non ho mai fumato regolarmente.
- ☐ Fumavo, ma ho smesso.
- ☐ Fumo solo raramente.
- ☐ Fumo ogni giorno. Quante sigarette in media al giorno: _____

32. Svapi?

- ☐ Non ho mai svapato
- ☐ Non ho mai svapato regolarmente.
- ☐ Svapare, ma ho smesso.
- ☐ Svapo solo raramente.
- ☐ Svapo ogni giorno.

33. Qual è il tuo livello di istruzione?

- ☐ Scuola primaria/elementare
- ☐ Scuola professionale
- ☐ Liceo
- ☐ Laurea
- ☐ Grado di master o superiore

34. Qual è il tuo titolo di lavoro:

35. Sei esposto/a a particolari pericoli nel tuo lavoro?

- ☐ Fumi
- ☐ Strutture mediche
- ☐ Piombo
- ☐ Amianto
- ☐ Lavoro che causa eccessiva sudorazione/ disidratazione, di fatica
- ☐ Altro
- ☐ Nessuna delle quanto sopra

36. Qual è il livello della tua attività fisica abituale?

- ☐ Leggo, guardo la TV ed eseguo faccende domestiche che non sono faticose
- ☐ Cammino, vado in bicicletta o sono altrimenti fisicamente attivo/a per molti giorni alla settimana. Tra le altre attività: passeggiate, pesca, caccia e attività di giardinaggio leggero
- ☐ Faccio sport di resistenza per molte ore a settimana. Compresi corsa, sci, sollevamento pesi, ginnastica ritmica, nuoto, calcio, pallavolo, pallanuoto, rugby e giardinaggio fisicamente impegnativo.
- ☐ Mi alleno per sport competitivi regolarmente, molte volte a settimana.