

Frågor om hur sjukdomen startade och de följande 2-4 veckorna

När blev du sjuk?

Vård på sjukhus

Var?

Hur länge?

Välj ett svarsalternativ

Blev du testad för covid-19 (PCR)?	ja	nej	När?
Om ja, var testet positivt?	ja	nej	
Har du gjort antikroppstest mot covid-19?	ja	nej	När?
Om ja, var testet positivt?	ja	nej	
Har någon i din nära omgivning haft covid-19?	ja	nej	
Om ja, blev hen testad för covid-19?	ja	nej	
Om ja, var testet positivt?	ja	nej	

Frågor om vilka symtom du hade i början av sjukdomen och följande 2-4 veckorna

Kryssa i de symtom du hade i början av sjukdomen, du kan välja ett eller flera alternativ

Hosta

Feber

Andningsbesvär

Snuva

Nästäppa

Huvudvärk

Illamående/kräkningar

Diarré

Påverkad lukt/smak

Värk i muskler

Hjärtklappning eller liknande

Hudutslag

Andra symtom:

Har du fortfarande besvär, men ingen feber? ja nej

Hur länge har det varit så?

Hur vill du beskriva nivån på dina symtom i början och följande 2-4 veckor?

0 = Ingen, 1 = Lätta, 2= Måttliga, 3 = Ganska allvarliga 4 = Mycket allvarliga

0

1

2

3

4

Frågor om ditt tillstånd idag som du tror beror på att du har haft covid-19 (Corona)

1. Aktiviteter i dagligt liv

Upplever du att du har svårare än tidigare att klara dina vardagliga aktiviteter? Exempelvis duscha, handla, fritid, sociala aktiviteter.

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

2. Förflyttning

Upplever du att du har svårare än tidigare att gå eller förflytta dig utomhus eller utföra fysiska aktiviteter?

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

3. Smärta och känsel

Upplever du någon ny smärta eller känselproblem? Exempelvis domningar eller pinnningar?

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

4. Tarmproblem

Upplever du mer problem med att kontrollera din tarm? Exempelvis förstoppning eller diarré.

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

5. Sinnesstämning

Känner du mer oro eller nedstämdhet?

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

6. Anpassar du ditt beteende i vardagen på grund av oro eller rädsla så att du upplever det som problem?

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

7. Kognition

Upplever du att du har svårare att tänka, koncentrera dig, minnas eller göra flera saker samtidigt, så att det påverkar dina vardagliga aktiviteter?

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

8. Lukt/smak

Upplever du att lukt och smak har försämrats?

- Nej
- Ja, små problem
- Ja, en del problem
- Ja, stora problem

9. Sväljning

Har du fått svårigheter med att äta eller dricka? Exempelvis svårt att tugga, lätt att sätta i halsen eller att du hostar mer än tidigare när du äter eller dricker?

- Nej
- Ja, små problem
- Ja, en del problem
- Ja, stora problem

10. Vikt

Har din vikt förändrats under sjukdomsförloppet i covid-19?

- Nej
- Ja, gått ner mer än 10 kg
- Ja, gått ner mer än 5 kg
- Ja, gått upp mer än 5 kg
- Ja, gått upp mer än 10 kg

Längd: cm

Nuvarande vikt: kg

11. Sömn

Har din sömn förändrats efter covid-19? (flerval)

- Nej, jag sover som tidigare
- Ja, jag har svårt att sova
- Ja, jag drömmer mardrömmar
- Ja, jag sover mer

12. Trötthet/ork

Upplever du mental eller fysisk trötthet som påverkar din vardag?

- Nej
- Ja, små problem
- Ja, en del problem
- Ja, stora problem

13. Är du hes eller har du annan kvarstående påverkan på rösten?

- Nej
- Ja
- Besvären kommer och går

14. Andningsproblem

Är din andning påverkad?

- Nej
- Ja, små problem
- Ja, en del problem
- Ja, stora problem

15. Hosta

Har du kvarstående hosta efter covid-19 (i aktivitet, i vila eller vid måltid)?

- Nej
- Ja, men ej besvärande
- Ja, relativt besvärande
- Ja, mycket besvärande

16. Hjärta

Har du problem med hjärklappning eller andra förändring i hjärtats rytm?

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

17. Hud

Har du problem med att huden plötsligt skiftar färg eller temperatur, svullnar eller att du får märken eller utslag på huden?

Nej

Ja, små problem

Ja, en del problem

Ja, stora problem

18. Går febern upp och ner?

Nej

Ja

19. Vad besväras du mest av just nu?**20. Läkemedelslista (både på recept och receptfria)****21. Kosttillskott, till exempel vitaminer eller andra tillskott som du tar regelbundet?****22. Är du vaccinerad mot covid-19?**

Nej

Ja, en dos

Ja, två doser

Vilket vaccin?

Astra-Zeneza

Moderna

Pfizer

Annat

Vet ej

23. Vad vill du ha hjälp med?

Tack för att du tog dig tid att fylla i formuläret!
Vid frågor kontakta din vårdcentral.