

## Supplementary materials

**Table S1.** Generalized linear mixed model adjusted for patient, hours of daylight and DMTs, to detect short- mid- or long-term increase in risk of relapses after clinically manifest infections.

	Estimate	SE	z-value	p
<u>Short-term association</u>  (43 days after and 14 days before the onset of an infection)  MNAR analysis	0.157	0.295	0.532	0.595
<u>Short-term association</u>  (43 days after and 14 days before the onset of an infection)  MCAR analysis	0.439	0.464	0.946	0.344
<u>Mid-term association</u>  (168 and 43 days after the onset of an infection)  MNAR analysis	0.222	0.354	0.627	0.531
<u>Mid-term association</u>  (168 and 43 days after the onset of an infection)  MCAR analysis	8.142 <sup>e-01</sup>	9.273 <sup>e-01</sup>	0.878	0.380
<u>Long-term association</u>  (336 and 168 days after the onset of an infection)  MNAR analysis	9.847 <sup>e-01</sup>	6.457 <sup>e-01</sup>	1.525	0.127
<u>Long-term association</u>  (336 and 168 days after the onset of an infection)  MCAR analysis	3.660 <sup>e+01</sup>	1.447 <sup>e+06</sup>	0.000	1.000

MNAR, missing not at random; MCAR, missing completely at random; SE, standard error.

**Table S2.** Generalized linear mixed model adjusted for patient, hours of daylight and DMTs, to detect short- mid- or long-term increase in risk of relapses after clinically manifest infections, considering only infections that had at least two of these three characteristics: duration of infection  $\geq 4$  days, body temperature  $> 37^\circ$  Celsius and use antibiotics or antivirals..

	Estimate	SE	z-value	p
<i>Short-term association</i>  (43 days after and 14 days before the onset of an infection)  *MNAR analysis	-0.157	0.295	-0.532	0.595
<i>Mid-term association</i>  (168 and 43 days after the onset of an infection)  *MNAR analysis	-0.222	0.354	-0.627	0.531
<i>Long-term association</i>  (336 and 168 days after the onset of an infection)  *MNAR analysis	-9.847 <sup>e-01</sup>	6.457 <sup>e-01</sup>	-1.525	0.127

MNAR, missing not at random; SE, standard error.

## Online Questionnaire

- Inserisca le iniziali di nome e cognome e data di nascita
  
- 1. *Relativamente al mese appena trascorso, ricorda di aver avuto infezioni riguardanti l'apparato respiratorio (anche un banale raffreddore, tosse, faringite), gastroenterico (vomito, diarrea con o senza febbre) o genitourinario (bruciore urinario, prurito)?*
  - Si
  - No (se la risposta è "NO", bisogna barrare la casella e concludere il questionario cliccando "invia" al termine della pagina)
  
- 2. *Segnali la data di inizio dei sintomi*
  
- 3. *Segnali la data del termine dei sintomi*
  
- 4. *Se durante l'episodio infettivo ha avuto anche febbre, segnali la temperatura massima raggiunta*
  - Non ho avuto febbre
  - Ho avuto la febbre, la temperatura massima è stata di 37°C
  - Ho avuto la febbre, la temperatura massima è stata di 38°C
  - Ho avuto la febbre, la temperatura massima è stata di 39°C
  - Ho avuto la febbre, la temperatura massima è stata maggiore di 39°C
  
- 5. *Ha avuto sintomi riguardanti l'APPARATO RESPIRATORIO? Scelga i sintomi con attenzione può barrare più caselle*
  - NON HO AVUTO SINTOMI RIGUARDANTI QUESTO APPARATO
  - Sensazione di naso chiuso
  - Presenza di muchi nasali fluidi/acquosi
  - Muchi nasali densi (giallo-verdastri)
  - Naso che cola
  - Mal di gola
  - Muchi in gola
  - Placche alla gola
  - Dolore alle tonsille
  - Dolore alla deglutizione
  - Voce rauca
  - Sensazione di "ossa rotte"
  - Tosse secca senza muchi o con muchi fluidi
  - Tosse grassa, catarrale, con muchi densi
  
- 6. *Ha avuto sintomi riguardanti l'APPARATO GASTRO-INTESTINALE? Scelga i sintomi con attenzione (può barrare più caselle)*
  - NON HO AVUTO SINTOMI RIGUARDANTI QUESTO APPARATO
  - Dolore addominale
  - Nausea
  - Vomito
  - Diarrea
  
- 7. *Ha avuto sintomi riguardanti l'APPARATO GENITO-URINARIO? scelga i sintomi con attenzione (può barrare più caselle)*
  - NON HO AVUTO SINTOMI RIGUARDANTI QUESTO APPARATO
  - Prurito intimo
  - Esigenza di urinare spesso
  - Bruciore urinario

## Sangue nelle urine

8. *Ha assunto farmaci (antibiotici, cortisone o altro)? se "SI" specifichi nome del farmaco, posologia e durata del trattamento. Se non ha assunto farmaci scriva "NO"*
9. *Il suo medico le ha fatto diagnosi di INFLUENZA o ALTRO?*
10. *Si sono modificati i sintomi della Sclerosi Multipla durante l'episodio infettivo?*  
SI, si sono aggravati sintomi precedentemente già presenti  
NO, non si sono aggravati i sintomi preesistenti e non ho avuto ricadute  
Ho avuto una ricaduta (in questo caso, se non lo ha già fatto, segnali l'accaduto allo staff medico)
11. *Il suo contributo per noi è importante. Se ha avuto anche altri episodi infettivi oltre a quello appena segnalato, dovrà cliccare "submit" o "invia" e poi "invia un'altra risposta". Nello spazio che segue può annotare, consigliare o precisare... GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE!*