

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

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 ≥ 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	-9.847e-01	6.457e-01	-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!*