

(English translation of original Russian version)

QUESTIONNAIRE FOR STUDY PARTICIPATION

Last, first and middle names: _____		Sex: <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female
Date of birth: _____	Date: _____	Blood pressure _____
Height _____	Weight _____	Pulse _____

	First time (if you were sick)	Second time (if you were sick)	Third time (if you were sick)
<b>Did a doctor tell you that you were sick (including asymptomatic) with a new coronavirus infection (COVID-19)?</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>COVID-19 status (check if appropriate):</b>			
• positive PCR test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• IgG antibodies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• IgM antibodies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>When did you have COVID-19?</b> If you don't remember the exact dates, please indicate approximately, for example, early March 2021	Start date _____ End date _____	Start date _____ End date _____	Start date _____ End date _____
<b>Have you ever had a coronavirus infection that affected your lungs? Have you been diagnosed with pneumonia?</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>Have you received treatment for coronavirus infection at home?</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>Have you been hospitalized with coronavirus infection?</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>Have you had mechanical ventilation?</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>Specify the manifestations of COVID-19 during illness (check as appropriate)</b>			
• asymptomatic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• loss of smell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• loss of taste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• difficulty breathing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• muscle weakness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• muscle pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>What worries you after an infection? (check as appropriate)</b>	<b>First time (if you were sick)</b>	<b>If you were sick again</b>	<b>At this moment</b>
• new headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• «brain fog»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• loss of smell for more than 5 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• loss of taste for more than 5 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• loss of tactile sensitivity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• increased blood pressure and heart rate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• insomnia, sleep problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• increased fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• difficulty concentrating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• memory impairment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• joint and muscle pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• anxiety, depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• panic attacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Other (specify)</b>	<hr/>		
<b>Have you been vaccinated against coronavirus?</b>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>If yes, then when? (please mark the month and year)</b>	Date <hr/>	Date <hr/>	Date <hr/>
<b>If “Yes”, then which vaccine?</b>	Vaccine name <hr/>	Vaccine name <hr/>	Vaccine name <hr/>
<b>Were you diagnosed with any of the following conditions before the COVID-19 pandemic? (check as appropriate)</b>			
Hypertension (stage)	<input type="checkbox"/>		

Cerebrovascular diseases (stroke, chronic cerebral ischemia, stage)	<input type="checkbox"/>
Traumatic brain injury (concussion, bruise, removal of hematoma)	<input type="checkbox"/>
Encephalitis, meningitis	<input type="checkbox"/>
Demyelinating disease (encephalomyelitis, multiple sclerosis)	<input type="checkbox"/>
Other neurological disease	<input type="checkbox"/>
Psychiatric illness	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Oncological disease	<input type="checkbox"/>
<b>If you noted anything, please specify the diagnosis and duration of the disease</b>	
<b>Other (specify)</b>	_____
<b>Additional questions to describe the general condition of the body:</b> <i>(you can only put a dash, if the answer is negative, if positive, then please describe in more detail)</i>	
Do you have hypersensitivity or contact allergies to odors? Do you have chronic smell disorders?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please briefly describe how this manifests itself: _____ _____
Can you distinguish all colors?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you taking medications? Which? Is there a diagnosis due to which the doctor prescribed them?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please briefly list: _____ _____
Do you have any chronic disease?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, then please write the diagnosis, duration, stage (exacerbation or absence of symptoms at the moment): _____ _____
If you have been diagnosed with cancer, are you currently undergoing treatment?	Please tell us briefly: _____ _____
Have you recently experienced a stressful event (loss of a loved one, divorce, birth of a child (stress),	Please tell us briefly: _____ _____

accident, fire, difficulties at work, dismissal)	
Have you visited a psychotherapist or psychologist? What was the goal of psychotherapy? Were any medications prescribed in connection with this request?	Please tell us briefly: _____ _____
Do you have loss of appetite or sleep disturbances?	Please tell us briefly: _____ _____
Have you noticed the predominance of any emotions (sadness, nervousness) or their pronounced frequent changes over the course of a week or month recently?	Please tell us briefly: _____ _____
Do you visit an endocrinologist?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please briefly describe the reason for the complaint: _____ _____

(Original Russian version)

### АНКЕТА-ОПРОСНИК ДЛЯ УЧАСТИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ

Ф.И.О.		Пол: <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский
Дата рождения: _____	Дата анкетирования: _____	Арт. давление _____
Рост _____:	Вес _____	Пульс _____

	Первый раз (если болели)	Второй раз (если болели)	Третий раз (если болели)
Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе "на ногах", новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
COVID-19 статус (отметьте нужное):			
• положительный ПЦР-тест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• антитела IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• антитела IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Когда Вы перенесли COVID-19?</b>  Если не помните даты точно, укажите приблизительно, например, начало марта 2021	Дата начала _____.  Дата окончания _____.	Дата начала _____.  Дата окончания _____.	Дата начала _____.  Дата окончания _____.
<b>Болели ли Вы коронавирусной инфекцией с поражением легких? Ставился ли диагноз «пневмония»?</b>	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет
<b>Получали ли Вы лечение коронавирусной инфекции дома?</b>	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет
<b>Были ли Вы госпитализированы по поводу коронавирусной инфекции?</b>	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет
<b>Проводилась ли ИВЛ?</b>	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да  <input type="radio"/> Нет
<b>Уточните проявления COVID-19 во время заболевания (отметьте нужное)</b>			
• бессимптомно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• потеря обоняния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• потеря вкуса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• температура	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• трудности дыхания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• мышечная слабость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• мышечные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• головная боль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Что беспокоит вас после перенесённой инфекции?(отметьте нужное)	Первый раз (если болели)	Если болели повторно	На текущий момент
• впервые возникшая головная боль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• «мозговой туман»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• нарушение обоняния более 5 дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• нарушение вкуса более 5 дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• нарушение тактильной чувствительности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• повышения давления, сердцебиения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• бессонница, нарушения сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• повышенная утомляемость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• трудности с концентрацией внимания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• нарушения памяти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• суставные или мышечные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• беспокойство, депрессия, тревога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• панические атаки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое (уточните)	<hr/>		
Вакцинировались ли Вы от коронавируса?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Если «Да», то когда? (отметьте месяц и год)	Дата _____.	Дата _____.	Дата начала _____.
Если «Да», то какой вакциной?	Название вакц. _____.	Название вакц _____.	Название вакц _____.

<b>Было ли у Вас диагностировано какое-либо из нижеперечисленных заболеваний до пандемии COVID-19? (отметьте нужное)</b>	
Гипертоническая болезнь (стадия)	<input type="checkbox"/>
Цереброваскулярные заболевания (инсульт, хроническая ишемия мозга, стадия)	<input type="checkbox"/>
Черепно-мозговая травма (сотрясение, ушиб, удаление гематомы)	<input type="checkbox"/>
Энцефалит, менингит	<input type="checkbox"/>
Демиелинизирующее заболевание (энцефаломиелит, рассеянный склероз)	<input type="checkbox"/>
Другое неврологическое заболевание	<input type="checkbox"/>
Психиатрическое заболевание	<input type="checkbox"/>
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>
Онкологическое заболевание	<input type="checkbox"/>
<b>Если отметили что-либо, конкретизируйте диагноз и длительность заболевания</b>	
<b>Другое (уточните)</b>	_____
<b>Дополнительные вопросы по описанию общего состояния организма:</b> <i>(можно поставить только прочерк, если ответ отрицательный, если положительный, то опишите, пожалуйста, подробнее)</i>	
Есть ли у Вас повышенная чувствительность или контактная аллергия на запахи? Есть ли у Вас хронические нарушения обоняния?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то, пожалуйста, кратко опишите, как это проявляется: _____ _____
Можете ли Вы различать все цвета?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Принимаете ли Вы препараты? Какие? Есть ли диагноз, благодаря которому их назначил врач?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то, пожалуйста, кратко перечислите:

	<hr/> <hr/>
Есть ли у Вас любое хроническое заболевание?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если да, то, пожалуйста, напишите диагноз, длительность, стадию (обострение или отсутствие симптомов на данный момент): <hr/> <hr/>
Если у Вас было диагностировано онкологическое заболевание, то проходите ли Вы лечение сейчас?	Пожалуйста, кратко расскажите: <hr/> <hr/>
Перенесли ли Вы недавно стрессовое событие (утрата близкого, развод, рождение ребенка (нагрузка), авария, пожар, сложности на работе, увольнение)	Пожалуйста, кратко расскажите: <hr/> <hr/>
Посещали ли Вы психотерапевта или психолога? Какой была цель психотерапии? Были ли назначены препараты в связи с данным обращением?	Пожалуйста, кратко расскажите: <hr/> <hr/>
Есть ли у Вас нарушение аппетита или сна?	Пожалуйста, кратко расскажите: <hr/> <hr/>
Замечаете ли Вы преобладание каких-либо эмоций (грусть, нервозность) или их выраженную частую перемену в течении недели или месяца в последнее время?	Пожалуйста, кратко расскажите: <hr/> <hr/>



Посещаете ли Вы эндокринолога?

☐ Да ☐ Нет

Если да, то, пожалуйста, кратко опишите причину жалоб:

---

---