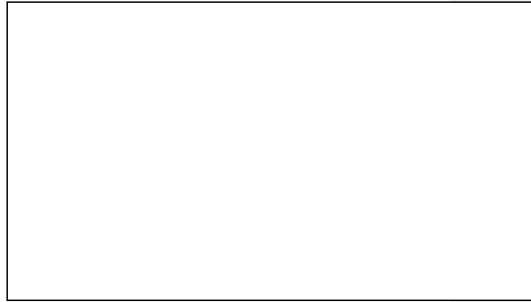




**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
BASELINE QUESTIONNAIRE**

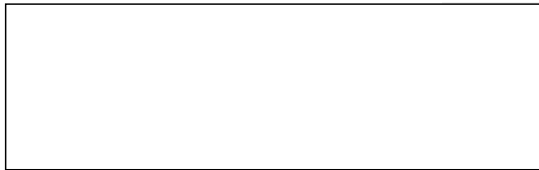


Ang questionnaire o palatanungan ay kinompleto noong: (aa/bbb/tttt) _____

Petsa ng Pagbisita sa Clinic: (aa/bbb/tttt) _____ (kung naiiba sa petsa ng pagtapos)

1. DEMOGRAPHICS NG PASYENTE PATIENT DEMOGRAPHICS	
Pangalan: _____ <i>Apelyido</i> <i>Pangalan</i> <i>Panggitna</i>	
Petsa ng Kapanganakan: (aa/bbb/tttt) _____ / _____ / _____	
Ano ang iyong sitwasyon sa iyong tirahan? Mangyaring mag-check ng ISANG sagot para sa bawat tanong.	
Ako'y nakatira:	Ang aking pangunahing tirahan (tahanan) ay:
<input type="checkbox"/> Nang mag-isa	<input type="checkbox"/> Isang bahay o townhouse o mobile home
<input type="checkbox"/> Kasama ng iba	<input type="checkbox"/> Isang condo o apartment
	<input type="checkbox"/> Isang assisted-living facility
	<input type="checkbox"/> Wala akong tahanan
Ikaw ba ay nagtrabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Kung Oo, ano ang iyong okupasyon: _____	
Industriya ng employment: _____	
Ikaw ba ay nagtrabaho nang:	
<input type="checkbox"/> Full-time (regular na mga oras)	
<input type="checkbox"/> Part-time (mahigit sa 50% ng regular na mga oras)	
<input type="checkbox"/> Part-time (wala pang 50% ng regular na mga oras)	
<input type="checkbox"/> Hindi makapagtrabaho pagkatapos nagkasakit ng COVID-19	
Ano ang iyong etnisidad?	
<input type="checkbox"/> Puti (caucasian)	<input type="checkbox"/> Aboriginal
<input type="checkbox"/> Black (hal., African, Somali)	<input type="checkbox"/> Latin American
<input type="checkbox"/> Asian: (tukuyin) _____	
<input type="checkbox"/> Iba pa: (tukuyin) _____	
2. PANIGARILYO SMOKING HISTORY	
Nanigarilyo ka ba kahit kailanman? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Kung Oo: Naninigarilyo ka ba ngayon (kahit 1 man lamang bawat araw, sa nakaraang taon)?	
<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Anong taon ka nagsimulang manigarilyo? _____	
Anong taon ka humintong manigarilyo? _____ (kung naninigarilyo ka pa rin, markahan ang	
N/A)	<input type="checkbox"/> N/A
Sa pangkalahatan, ilan ang mga sinigarilyo/sinisigarilyo mo bawat araw? _____	
Gumamit ka ba ng vaping products sa 3 buwan bago ka nagka-COVID-19?	
<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Nanigarilyo ka ba ng marijuana sa 3 buwan bago ka nagka-COVID-19? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	

**POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
CLINICAL CARE NETWORK**



2. KASAYSAYAN NG COVID-19 COVID-19 HISTORY		
Alin sa mga sumusunod na sintomas ang bago o mas malalâ kaysa dati noong ikaw ay may COVID-19?	Mga bago o mas malalang sintomas bago pa lamang pumasok ng ospital, o nang pumasok sa ospital	Mga sintomas na naroroon pa rin
Pangangapos ng hininga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masakit na lalamunan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parang barado ang dibdib (may plema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pananakit sa dibdib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masakit ang ulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagnat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrang kapaguran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panghihina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kawalan ng pangamoy at panlasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paos ang boses / nagbago ang boses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alibadbad o pagsusuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagtatae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pananakit ng kalamnan o kasu-kasuan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butlig-butlig o singaw sa balat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pag-iba ng kulay ng mga daliri ng kamay o paa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba pa (tukuyin):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kailan unang nagsimula ang iyong (mga) sintomas? (aa/bbb/tttt) _____ / _____ / _____

Nagbago-bago o nag-fluctuate ba ang severity o kung gaano kalala ng iyong mga sintomas? Oo Hindi

Ang iyo bang mga sintomas ay dulot ng: Pisikal na pagkilos Cognitive tasks o Mga Gawaing Kailangang Pag-isipan Mga emosyonal na pangyayari

Bumuti ba ang iyong mga sintomas nang ikaw ay nagpahinga? Oo Hindi

3. MEDICAL STATUS MEDICAL STATUS		
Mangyaring sagutin ng "Oo" o "Hindi" ang lahat ng mga item sa ibaba tulad ng naaangkop nito sa iyo ngayon. Kung hindi ka sigurado, mangyaring piliin ang opsyon na sa palagay mo'y pinaka-naaangkop sa iyo.		
Mga pangmatagalang disabilities/kapansan o handicap	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Restriksyon ng aktibidad dahil hindi mabuti ang kalusugan	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Tulong sa pagprepara ng pagkain	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Tulong sa pamimili ng mga kinakailangan	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Tulong sa gawaing-bahay	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Tulong sa mabibigat na gawaing-bahay	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Tulong sa personal na pangangalaga	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Tulong sa pagkilos sa loob ng tahanan	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mga allergy sa pagkain	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Hika	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi



**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
BASELINE QUESTIONNAIRE**

Formatted: Don't swap indents on facing pages

3. MEDICAL STATUS (PAGPAPATULOY) MEDICAL STATUS (continued)

Arthritis o rayuma	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mga problema sa likod maliban sa arthritis	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mataas ang presyon	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Migraine headaches	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Chronic bronchitis o emphysema	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Diyabetis	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Epilepsy	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Sakit sa Puso	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Kanser	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Stomach o intestinal ulcers	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mga epekto ng istrok	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mga problema sa urinary incontinence o napapaihi	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Dementia	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Cataracts	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Iba pang mga chronic o pangmatagalang kondisyon	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Problema sa paningin	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Problema sa pandinig	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Nahihirapang maglakad	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Problema sa dexterity o pagkilos ng mga kamay o katawan	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Cognitive problem o problema sa pag-iisip	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Pananakit ng katawan na humahadlang sa mga aktibidad	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Speech problem o problema sa pananalita	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Depression	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Nahihirapang magkarga ng magaanng bagay	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Hindi masaya	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mas kaunting aktibidad sa tahanan, trabaho, o paaralan	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Nawawalan ng pag-asa	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Nagbawas ng timbang	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Sariling inireport na hindi mabuti ang kalusugan	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Nahihirapan sa problem solving o paglutas ng problema	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Laging pagod	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi

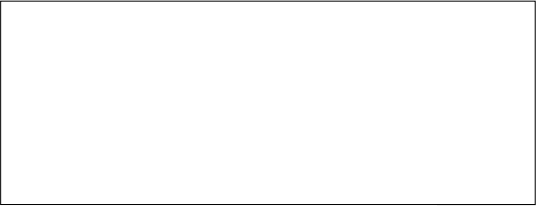
**POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
CLINICAL CARE NETWORK**



4. UBO COUGH						
Inuubo ka ba?						
Kasama rito ang pangmatagalang ubo, kahit na walang plema o mucus. Hindi kasama rito ang pag-clear mo ng iyong lalamunan pag-ehem.						
<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo – Kung Oo, anong petsa nagsimula ang iyong ubo? (aa/bbb/tttt) _____/_____/_____						
Maglagay ng vertical na marka sa linya sa ibaba upang ipakita kung gaano kalalá ang iyong ubo:						
Walang ubo _____			Pinakamasamang ubong maisisip			
Umuubo ka ba ng plema o mucus? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi						
5. PANGANGAPOS NG HININGA SHORTNESS OF BREATH						
Para sa bawat aktibidad na nakalista sa ibaba, mangyaring i-rate ang iyong pangangapos ng hininga sa iskala mula 0 hanggang 5, kung saan ang 0 ay nangangahulugang hindi man kinakapos ng hininga at ang 5 ay nangangahulugang lubos na kinakapos ng hindi, o sobrang kinakapos ng hininga upang gawin ang aktibidad. Kung hindi mo ginagawa ang aktibidad, mangyaring ibigay ang iyong pinaka-matatantiyang pangangapos ng hininga. Ang iyong mga sagot ay dapat para sa isang karaniwang araw sa nakaraang linggo.						
<i>MANGYARING SAGUTIN ANG LAHAT NG MGA ITEM.</i>			Hindi man kinakapos ng hininga	Lubos na kinakapos ng hininga o sobrang kinakapos ng hininga upang gawin ang aktibidad		
Gaano ka kinakapos ng hingina kapag ikaw ay:	0	1	2	3	4	5
Nagpapahinga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naglalakad sa patag na ibabaw sa iyong karaniwang bilis ng paglalakad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naglalakad sa patag na ibabaw kasama ng ibang mga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naglalakad nang paakyat sa isang hill o burol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umaakyat ng hagdanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habang kumakain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumatayo mula sa isang upuan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagsesepilyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nag-aahit at/o nagsusuklay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagsha-shower/naliligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagbibihis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
May dinadampot na bagay at tumatayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naghuhugas ng pinggan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagwawalis/nagva-vacuum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nag-aayos ng kama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namimili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naglalaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naghuhugas/nagpupunas ng sasakyan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagpuputol ng damo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagdidilig sa damo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
May ginagawang sekswal na aktibidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa iyong pang-araw-araw na buhay, gaano nakaka-limit sa iyo ang mga bagay sa ibaba?	Hindi nakaka-limit sa akin			Lubos na nakaka-limit sa akin		
Pangangapos ng hininga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Takot na masaktan ang aking sarili kapag sobra-sobra ang ginagawa ko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Takot na mangangapos ang hininga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
BASELINE QUESTIONNAIRE**



6. KALIDAD NG BUHAY QUALITY OF LIFE	
<p>Sa ilalim ng bawat heading, lagyan ng tsek ang ISANG kahon na pinaka-naglalarawan sa iyong kasalukuyang kalusugan SA ARAW NA ITO.</p>	
<p>MOBILITY</p> <p><input type="checkbox"/> Wala akong problema sa paglalakad</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y may kaunting problema sa paglalakad</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y may banayad na problema sa paglalakad</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y may malubhang problema sa paglalakad</p> <p><input type="checkbox"/> Hindi ako makalakad</p>	<p>Ang pinakamahasay na kalusugan na iyong maisip</p> <p>100</p> <p>95</p> <p>90</p> <p>85</p> <p>80</p> <p>75</p> <p>70</p> <p>65</p> <p>60</p> <p>55</p> <p>50</p> <p>45</p> <p>40</p> <p>35</p> <p>30</p> <p>25</p> <p>20</p> <p>15</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p> <p>Ang pinakamasamang kalusugan na iyong maisip</p>
<p>PANGANGALAGA SA SARILI</p> <p><input type="checkbox"/> Wala akong problema sa paghugas o pagbihis sa aking sarili</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y may kaunting problema sa paghugas o pagbihis sa aking sarili</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y may banayad na problema sa paghugas o pagbihis sa aking sarili</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y may malubhang problema sa paghugas o pagbihis sa aking sarili</p> <p><input type="checkbox"/> Hindi ko kayang hugasan o bihisan ang aking sarili</p>	
<p>MGA KARANIWANG AKTIBIDAD (hal., trabaho, pag-aaral, gawaing-bahay, mga aktibidad ng pamilya o libangan)</p> <p><input type="checkbox"/> Wala akong problema sa paggawa ng aking mga karaniwang aktibidad</p> <p><input type="checkbox"/> Mayroon akong kaunting problema sa paggawa ng aking mga karaniwang aktibidad</p> <p><input type="checkbox"/> Mayroon akong banayad na problema sa paggawa ng aking mga karaniwang aktibidad</p> <p><input type="checkbox"/> Mayroon akong malubhang problema sa paggawa ng aking mga karaniwang aktibidad</p> <p><input type="checkbox"/> Hindi ko magawa ang aking mga karaniwang aktibidad</p>	
<p>PANANAKIT / 'DI-MAGANDANG PAKIRAMDAM</p> <p><input type="checkbox"/> Wala akong pananakit o 'di-magandang pakiramdam</p> <p><input type="checkbox"/> Mayroon akong kaunting pananakit o 'di-magandang pakiramdam</p> <p><input type="checkbox"/> Mayroon akong banayad na pananakit o 'di-magandang pakiramdam</p> <p><input type="checkbox"/> Mayroon akong lubos na pananakit o 'di-magandang pakiramdam</p> <p><input type="checkbox"/> Mayroon akong sobrang pananakit o 'di-magandang pakiramdam</p>	
<p>ANXIETY / DEPRESSION</p> <p><input type="checkbox"/> Hindi ako anxious o depressed</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y medyo anxious o depressed</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y banayad na anxious o depressed</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y lubos na anxious o depressed</p> <p><input type="checkbox"/> Ako'y sobrang anxious o depressed</p>	
<p>Nais namin malaman kung gaano sa palagay mo kahusay o kasama ang iyong kalusugan sa ARAW NA ITO.</p> <p>Ang iskala sa kanan ay may mga bilang mula 0 hanggang 100.</p> <p>Ang 100 ay nangangahulugang PINAKAMAHUSAY na kalusugan na iyong maisip.</p> <p>Ang 0 ay nangangahulugang PINAKAMASAMANG kalusugan na iyong maisip.</p> <p>Maglagay ng X sa iskala upang ipahayag kung ano sa palagay mo ang iyong kalusugan sa ARAW NA ITO.</p> <p>Ngayon ay mangyaring isulat sa kahon sa ibaba ang bilang na minarkahan mo sa iskala.</p> <p>ANG IYONG KALUSUGAN SA ARAW NA ITO = <input type="text"/></p>	

**POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
CLINICAL CARE NETWORK**

7. NEUROLOGY SCREEN NEUROLOGY SCREEN			
Naranasan mo ba ang alinman sa mga sumusunod na sintomas?	Sintomas na naroroon <u>bago</u> magkasakit ng COVID	Ang sintomas ay bago o lubos na mas malala <u>sa panahon ng</u> acute na sakit ng COVID	Ang sintomas na nararanasan <u>sa kasalukuyan</u>
Panghihina sa mukha, mga braso, o mga binti (o lahat ito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pamamanhid/kawalan ng karamdaman sa mukha, mga braso, o mga binti (o lahat ito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biglaan, tumutusok, o mahapding pananakit, mga pananakit sa kalamnan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahirap banatin ang mga kalamnan, o mabagal kumilos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pananakit ng ulo, paninigas ng leeg, o pananakit ng mata kapag ikinikilos ang mga mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kawalan ng kakayahang magsalita o maunawaan ang sinasabi ng iba, nabubulol kapag nagsasalita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga problema sa memorya, naghahanap ng mga salita, mas mabagal mag-isip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nawawalan ng malay, hindi gaanong aware o walang gaanong kamalayan, coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panginginig (pangangatal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumikibot ang mga kalamnan, o 'di-sinasadyang pagkilos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahihirapang maglakad o magbalanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kawalan ng paningin sa isa o parehong mga mata, dobleng paningin, malabong paningin, mahihirapang mag-focus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kawalan ng pangamoy o panlasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (may tumutunog sa iyong mga tainga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kawalan ng pandinig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema sa tiyan o pantog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahihilo, umiikot, 'di-makatayo nang diretso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema sa tulog, halimbawa, nihihirapang makatulog / manatiling tulog, hindi maganda ang pagtulog, umaarte habang nananaginip (nagsasalita, sumisipa, atbp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
BASELINE QUESTIONNAIRE**



8. PSYCHIATRY SCREEN PSYCHIATRY SCREEN		Para sa Paggamit ng Clinician Lamang	
Mangyaring pumili ng isang sagot para sa bawat isa sa mga sumusunod na katanungan, batay sa kung ano ang nararamdaman at nararanasan mo sa nakalipas na 2 linggo.		Item Score	Screen Score
Gaano ka kadalas ninerbiyos, naging anxious, o parang hindi mapakali?	<input type="checkbox"/> Hindi man ito nangyari <input type="checkbox"/> Mga ilang araw <input type="checkbox"/> Mahigit sa kalahati ng mga araw <input type="checkbox"/> Halos araw-araw		<input type="checkbox"/>
Gaano kadalas mo hindi maitigil o hindi makontrola ang iyong pag-aalala?	<input type="checkbox"/> Hindi man ito nangyari <input type="checkbox"/> Mga ilang araw <input type="checkbox"/> Mahigit sa kalahati ng mga araw <input type="checkbox"/> Halos araw-araw		<input type="checkbox"/>
Gaano ka kadalas nakaranas ng kaunting kagustuhan o kasiyahan sa paggawa ng mga bagay?	<input type="checkbox"/> Hindi man ito nangyari <input type="checkbox"/> Mga ilang araw <input type="checkbox"/> Mahigit sa kalahati ng mga araw <input type="checkbox"/> Halos araw-araw		<input type="checkbox"/>
Gaano ka kadalas nakaramdam ng kalungkutan, depression, o kawalan ng pag-asa?	<input type="checkbox"/> Hindi man ito nangyari <input type="checkbox"/> Mga ilang araw <input type="checkbox"/> Mahigit sa kalahati ng mga araw <input type="checkbox"/> Halos araw-araw		<input type="checkbox"/>
Naramdaman mo ba kailanman na dapat mong bawasan ang iyong pag-inom o paggamit ng droga?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Nainis ka ba sa mga tao dahil pinuna nila ang iyong pag-inom o paggamit ng droga?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Sumama ba ang iyong pakiramdam o naging guilty ka ba kailanman dahil sa iyong pag-inom o paggamit ng droga?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Uminom ka ba o gumamit ka ba ng droga kailanman sa umaga pa lamang upang gawing kalmado ang iyong sarili, o upang alisin ang isang hangover?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Nagkaroon ka ba ng mga madalas na hindi mo gustong pag-iisip na mukhang mahirap kontrolahin?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Siguro / Hindi Sigurado <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Nakaramdam ka ba ng urge o udyok na ulit-ulitin ang mga kilos, at mahirap ito kontrolahin (hal., paghugas ng kamay, pag-check)?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Siguro / Hindi Sigurado <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Ikaw ba ay masayang-masaya o irritable sa panahon na nagtatagal nang kahit 2 araw man lamang?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Siguro / Hindi Sigurado <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Ikaw ba ay puno ng sigla sa panahon na nagtatagal nang kahit 2 araw man lamang?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Siguro / Hindi Sigurado <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Naisip mo ba na ang ibang mga tao ay may iniisip na gawin sa iyo, o sinusubukan nilang saktan ka?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Siguro / Hindi Sigurado <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
May napansin ka bang anumang 'di-karaniwang karanasan – tulad ng may naririnig o nakikitang mga bagay na hindi nakikita ng ibang mga tao, o kapag walang ibang mga tao?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Siguro / Hindi Sigurado <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>

**POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
CLINICAL CARE NETWORK**

9. TRAUMATIC NA MGA PANGYAYARI TRAUMATIC EVENTS		
Ang mga sumusunod na katanungan ay ispesipikong tumutukoy sa ANUMANG TRAUMATIC NA KARANASAN NA MAARING NANGYARI SA IYO , kasama ang pagpapa-ospital mo para sa COVID-19, o anumang ibang traumatic na pangyayari.	Para sa Paggamit ng Clinician Lamang	
	Item Score	Screen Score
Sa nakaraang 2 linggo, ikaw ba ay:		
Nagkaroon ng mga masasamang panaginip tungkol sa mga pangyayaring ito, o naisip mo ang mga pangyayaring ito nang hindi mo naman gusto? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		<input type="checkbox"/>
Puspusang nagsikap na hindi pag-isipan ang mga pangyayaring ito, o nagsikap na iwasan ang mga sitwasyon na magpapa-alala sa iyo sa mga pangyayaring ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Laging nag-iingat o alerto, mapagmasid, o madali kang nagugulat? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Parang manhid, o detached sa mga tao, mga aktibidad, o sa iyong kapaligiran? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Guilty ang pakiramdam, o hindi mo mapigilang sisihin ang iyong sarili o ang iba para sa mga pangyayaring ito, o anumang problema na maaring dulot ng pangyayari? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		

10. ISKALA NG KALUBHAAN NG SOBRANG KAPAGURAN FATIGUE SEVERITY SCALE								
Pumili ng bilang mula 1 hanggang 7 na nagpapahayag kung gaano ka sumasang-ayon sa mga sumusunod na pahayag. Mangyaring ibatay ang iyong sagot sa iyong karaniwang karamdaman sa nakaraang linggo.								
1 = lubos na 'di-sumasang-ayon 4 = ni sang-ayon at ni hindi sumasang-ayon 7 = lubos na sumasang-ayon.								
Sa nakaraang linggo, napansin ko na:	1	2	3	4	5	6	7	
Mas mababa ang aking motibasyon kapag ako'y sobrang pagod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ang ehersisyo ay nagdudulot ng aking sobrang kapaguran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madali akong sobrang napapagod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ang sobrang pagkapagod ay nakagugulo sa aking pisikal na pagkilos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ang sobrang pagkapagod ay madalas magdulot sa akin ng problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinahadlangan ako ng aking sobrang kapaguran na magpanatili ng pisikal na pagkilos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ang sobrang kapaguran ay nakagugulo sa paggawa ko ng ilang mga takdang tungkulin at responsibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ang sobrang kapaguran ay isa sa aking tatlong pinakagrabeng sintomas kung bakit ako walang-gana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ang sobrang kapaguran ay nakagugulo sa aking trabaho, pamilya, o social life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Maraming salamat sa pagkompleto mo ng palatanungang ito!
Mangyaring dalhin ito sa iyong susunod na appointment sa Post COVID-19 Recovery Clinic.**

Ang palatanungan ay nirebyu ni:

Pirma _____ Naka-print na pangalan _____ Petsa _____
 FORM ID - ____ (OP173) BERSIYON 2020 NOV 19 draft (Tagalog) Pahina 8 ng 8