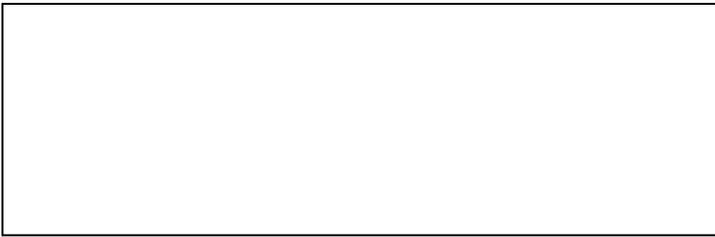


COVID-19 病后康复诊所

基线问卷

POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE



2. COVID-19 病史 (续) COVID-19 HISTORY (continued)

症状的严重程度是否有波动? 是 否
症状的起因是: 体力消耗 脑力工作 情绪影响
休息后症状是否有好转? 是 否

3. 医学状况 MEDICAL STATUS

请根据您现在的情况, 对以下所有项目回答“是”或“否”。
如果不确定, 请选择最适用于您的选项。

长期残疾或残障	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
因身体欠佳而活动受限	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
准备餐食需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
购买必需品需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
做家务需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
做粗重的家务需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
做个人护理需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
在家中走动需要人帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
食物过敏	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
哮喘	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
有关节炎或风湿病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
关节炎以外的背部问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
高血压	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
偏头痛	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
慢性支气管炎或肺气肿	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
癫痫	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
心脏病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
癌症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
胃或肠道溃疡	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
中风的影响	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
尿失禁的问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
失智症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
白内障	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
青光眼	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
其他慢性病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
视力问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
听力问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

COVID-19 病后康复诊所
基线问卷
POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE



3. 医学状况 (续) MEDICAL STATUS (continued)

请根据您现在的情况，对以下所有项目回答“是”或“否”。
 如果不确定，请选择最适用于您的选项。

行走困难	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
灵巧性问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
认知问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
身体疼痛妨碍活动	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
言语问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
抑郁症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
难以携带轻物	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
不开心	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
在家、工作或学校的活动减少	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
感到绝望	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
体重减轻	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
认为自己身体欠佳	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
难以解决问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
总是感到疲倦	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

4. 咳嗽 COUGH

您是否咳嗽？

包括任何慢性咳嗽（即使没有痰或粘液），但不包括清喉咙的情况。

否 是 - 如果是，咳嗽是哪天开始的？（dd 日/mmm 月/yyyy 年） _____ / _____ / _____

在下面的线上划一条竖线，以表示咳嗽的严重程度：

不咳嗽 | _____ | 想象中最严重的咳嗽

您是否咳出痰或粘液？ 是 否

COVID-19 病后康复诊所

基线问卷

**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE**



5. 呼吸急促 SHORTNESS OF BREATH

请就下列每项活动，用 **0** 到 **5** 来表示您呼吸急促的严重程度，其中 **0** 表示根本就没有呼吸急促，而 **5** 则表示最严重的呼吸急促或呼吸急促严重到无法从事相关活动。如果列出的是您不从事的活动，请以最佳估计作答。您的回答应该基于过去一周中普通一天的情况。

请回答所有项目。

您在从事下面的活动时，呼吸急促的程度如何：

完全没有呼吸急促

最严重的呼吸急促或急促到无法从事该活动

	0	1	2	3	4	5
休息	<input type="checkbox"/>					
以自己的速度在平地步行	<input type="checkbox"/>					
与其他同龄人一起在平地步行	<input type="checkbox"/>					
步行上坡	<input type="checkbox"/>					
上楼梯	<input type="checkbox"/>					
进食时	<input type="checkbox"/>					
从座位上站起来	<input type="checkbox"/>					
刷牙	<input type="checkbox"/>					
剃须和/或梳头	<input type="checkbox"/>					
淋浴/洗澡	<input type="checkbox"/>					
穿衣	<input type="checkbox"/>					
捡拾物件后站直	<input type="checkbox"/>					
洗碗	<input type="checkbox"/>					
扫地/吸尘	<input type="checkbox"/>					
整理床铺	<input type="checkbox"/>					
购物	<input type="checkbox"/>					
洗衣服	<input type="checkbox"/>					
洗车	<input type="checkbox"/>					
修剪草坪	<input type="checkbox"/>					
给草坪浇水	<input type="checkbox"/>					
性行为	<input type="checkbox"/>					

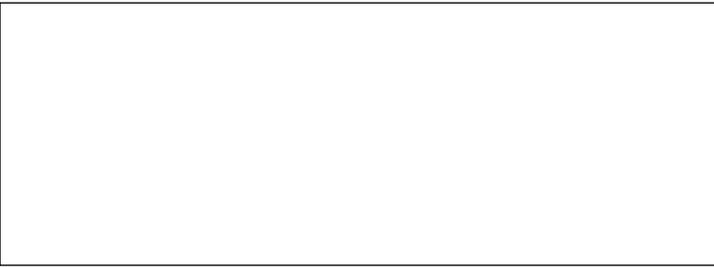
以下情况对您的日常生活有多大的影响？

没有影响

完全影响

呼吸急促	<input type="checkbox"/>					
担心用力过度而伤到自己	<input type="checkbox"/>					
担心呼吸急促	<input type="checkbox"/>					

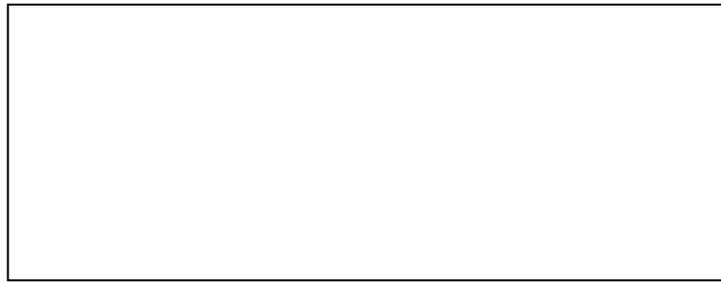
COVID-19 病后康复诊所
基线问卷
POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE



6. 生活质量 QUALITY OF LIFE

在每个标题下，请勾选最能描述您今天的健康状况的选项。

<p>活动能力</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动没有问题</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动有少许问题</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动有中度问题</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动有严重问题</p> <p><input type="checkbox"/> 无法走动</p>	<p>可想象的最佳健康状况</p> <p><input type="checkbox"/> 100</p> <p><input type="checkbox"/> 95</p> <p><input type="checkbox"/> 90</p> <p><input type="checkbox"/> 85</p> <p><input type="checkbox"/> 80</p> <p><input type="checkbox"/> 75</p> <p><input type="checkbox"/> 70</p> <p><input type="checkbox"/> 65</p> <p><input type="checkbox"/> 60</p> <p><input type="checkbox"/> 55</p> <p><input type="checkbox"/> 50</p> <p><input type="checkbox"/> 45</p> <p><input type="checkbox"/> 40</p> <p><input type="checkbox"/> 35</p> <p><input type="checkbox"/> 30</p> <p><input type="checkbox"/> 25</p> <p><input type="checkbox"/> 20</p> <p><input type="checkbox"/> 15</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p>可想象的最差健康状况</p>
<p>自理能力</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣没问题</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣有少许问题</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣有中度问题</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣有严重问题</p> <p><input type="checkbox"/> 无法自己洗漱或穿衣</p>	
<p>日常活动 (例如工作、学习、做家务、家庭或休闲活动)</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动没有问题</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动有少许问题</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动有中度问题</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动有严重问题</p> <p><input type="checkbox"/> 无法从事日常活动</p>	
<p>疼痛/不适</p> <p><input type="checkbox"/> 没有疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有少许疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有中度疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有严重疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有极度疼痛或不适</p>	
<p>焦虑/抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 没有焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有少许焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有中度焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有严重焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有极度焦虑或抑郁</p>	
<p>我们想知道您今天的健康状况有多好或多差。</p> <p>右边的刻度表有 0 到 100 个刻度。</p> <p>100 表示您可想象的最佳健康状况</p> <p>0 表示您可想象的最差健康状况</p> <p>请在刻度表上标记一个 X，来表示您觉得自己今天的健康状况。</p> <p>现在，请在下面的方框中写下您在刻度表上标记的数字。</p> <p>您今天的健康状况 = <input type="text"/></p>	



7. 神经科筛查 NEUROLOGY SCREEN	
您是否曾有以下任何症状:	目前有的症状
面部、双臂或双腿（或全身）软弱无力	<input type="checkbox"/>
面部、双臂或双腿（或全身）麻木/失去知觉	<input type="checkbox"/>
放射性疼痛、刺痛或灼痛，肌肉疼痛	<input type="checkbox"/>
肌肉僵硬或行动缓慢	<input type="checkbox"/>
头痛、颈部僵硬或眼球转动引起眼痛	<input type="checkbox"/>
失去说话的能力或听不懂别人说话，口齿不清	<input type="checkbox"/>
记忆障碍、难以找到合适的词语、思维缓慢	<input type="checkbox"/>
失去意识、意识降低、昏迷	<input type="checkbox"/>
震颤（颤抖）	<input type="checkbox"/>
肌肉抽搐或有非自主的动作	<input type="checkbox"/>
癫痫发作	<input type="checkbox"/>
难以行走或平衡	<input type="checkbox"/>
一只或两只眼睛视力丧失、出现复视、视力模糊、难以聚焦	<input type="checkbox"/>
失去嗅觉或味觉	<input type="checkbox"/>
耳鸣	<input type="checkbox"/>
丧失听力	<input type="checkbox"/>
大小便问题	<input type="checkbox"/>
头晕、晕眩、不稳	<input type="checkbox"/>
睡眠问题，包括难以入睡/保持睡眠状态，睡眠质量差，做梦时有行动表现（说话，踢脚等）	<input type="checkbox"/>

COVID-19 病后康复诊所

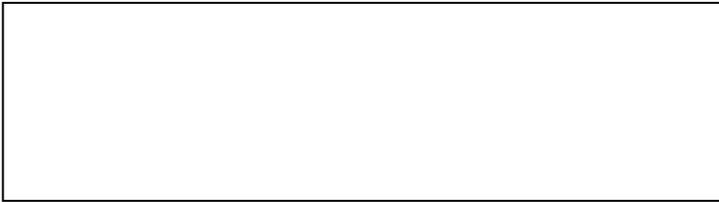
基线问卷

**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE**



8. 精神科筛查 PSYCHIATRY SCREEN		
请根据您的过去 2 周内的感受和经历，回答下面的每个问题（单项选择）。	仅由临床医生填写	
	每项问题得分	筛查得分
您有多少天感到心情紧张、焦虑或烦躁不安？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您有多少天无法停止或控制自己忧虑？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您有多少天对做事没有兴趣或感到没有乐趣？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您有多少天感到情绪低落、抑郁或无望？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您是否曾经想过应该减少酒量或吸毒量？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否因为有人批评您喝酒或吸毒而烦恼？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否曾经因喝酒或吸毒而感到难过或内疚？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否一早起来就要喝杯酒或吸毒以稳定情绪或消解宿醉？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
脑海是否经常出现不好的想法，但似乎又难以控制？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾有难以控制的冲动，令您做某项重复的事情（例如反复清洗，检查）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾感到非常高兴或烦躁，且持续至少 2 天？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾感到精力充沛，且持续至少 2 天？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾觉得其他人正在设计害您或试图伤害您？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾察觉到任何不寻常的经历：例如听到或看到别人听不到或看不到的东西，或当时无其他人在场？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>

COVID-19 病后康复诊所
临床护理网络
POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE



9. 创伤性事件 TRAUMATIC EVENTS		
以下问题是针对您曾有过的任何创伤性经历，包括因患上 COVID-19 而住院的经验或任何其他创伤性事件。	仅由临床医生填写	
	每项问题得分	每项问题得分
在最近 2 周内，您是否：		
做有关这些事的噩梦或在不情愿的情况下想起这些事情？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
努力不去想这些事，或避开一些情况以免令自己想起这些事？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
时刻处于防备和警觉的状态，或很容易受到惊吓？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
对其他人、活动或周围的事物感到麻木或与自己无关？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
有内疚感，或不断怪责自己或他人导致这些事发生或因此所产生的问题？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

10. 疲倦严重程度刻度表 FATIGUE SEVERITY SCALE							
从 1 到 7 之间选择一个数字，表示您对以下问题的同意程度。请根据您过去一周所感觉的平均状态来回答。							
1 = 强烈不同意 4 = 不同意也不反对 7 = 强烈同意							
在过去的一周中，我感到：	1	2	3	4	5	6	7
疲倦时，我不怎么想做事情	<input type="checkbox"/>						
运动使我感到疲倦	<input type="checkbox"/>						
我很容易疲倦	<input type="checkbox"/>						
疲倦会影响我的身体机能	<input type="checkbox"/>						
疲倦经常给我带来问题	<input type="checkbox"/>						
疲倦使我的身体机能无法持续	<input type="checkbox"/>						
疲倦妨碍了我执行某些职责和责任	<input type="checkbox"/>						
疲倦是最影响我日常能力的三大症状之一	<input type="checkbox"/>						
疲倦影响了我的工作、家庭或社交生活	<input type="checkbox"/>						

感谢您填写这份问卷表！
请下次到 COVID-19 病后康复诊所复诊时带上这份问卷。

问卷审阅人：

 签名

 姓名（工整书写）

 日期