1. **Anketos pildymo data:**
2. **Ar sutinkate dalyvauti anoniminėje apklausoje: (privalomas)**

* Taip
* Ne

1. **Jūsų lytis: (privalomas)**

* Vyras
* Moteris

1. **Jūsų amžius (privalomas)**

* (įrašyti)

1. **Jūsų išsilavinimas: (privalomas)**

* Pradinis/vidurinis;
* Aukštesnysis/aukštasis neuniversitetinis
* Aukštasis universitetini

1. **Jūs esate: (privalomas)**

* Įdarbintas/Dirbantis
* Nedirbatis
* Pensininkas
* Laikinai nedarbingas

1. **Kurioje Lietuvos apskrityje gyvenate? (privalomas)**

* Vilniaus apskritis
* Kauno apskritis
* Klaipėdos apskritis
* Alytaus apskritis
* Šiaulių apskritis
* Panevėžio apskritis
* Marijampolės apskritis
* Tauragės apskritis
* Telšių apskritis
* Utenos apskritis

1. **Jūsų gyvenamoji vieta: (neprivalomas)**

* Miestas
* Rajonas
* Gyvenvietė
* Kaimas

1. **Ar sergate lėtinėmis ligomis? (privalomas)**

* Taip
* Ne

1. **Jei į ankstesnį klausimą atsakėte “taip” pažymėkite kokiomis lėtinėmis ligomis sergate(galima rinktis kelis tinkamus variantus). Jei atsakėte “ne” pažymėkite atsakymą “nesergu: (privalomas)**

* Astma
* Hipotireozė
* Cukrinis diabetes
* Padidėjęs kraujo spaudimas (Arterinė hipertenzija)
* Nutukimas
* Lėtinio skausmo sindromas
* Nerimas
* Depresija
* Kraujo krešėjimo sutrikimai
* Reumatinės ligos
* Neurologinės ligos
* Virškinamojo trakto ligos
* Alerginės ligos
* Kitos medžiagų apykaitos ligos
* Kitos plaučių ligos
* Kitos širdies ir kaujagyslių ligos
* Psichiatrinės ligos
* Onkologinės ligos
* Inkstų ligos
* Imunodeficitinės ligos/būklės
* Miego sutrikimai
* Nesergu

1. **Prašome nurodyti kitus specifinius Jūsų susirgimus (kurie nebuvo išvardinti ankstesniuose klausimuose):**

* ...

1. **Ar dėl sveikatos būklės iki susergant Covid-19 vartojote kokius nors medikamentus kasdien? (privalomas)**

* Taip
* Ne

1. **Jei į ankstesnį klausimą atsakėte “TAIP”, išvardinkite vartojamus medikamentus:**

**...**

1. **Kaip apibūdintumėte savo fizinį aktyvumą iki susergant COVID-19 liga? (privalomas)**

* Profesionalus sportininkas
* Sportininkas mėgėjas
* Kasdienis fizinis aktyvumas savo malonumui
* Kiek reikalauja kasdienė veikla ir/arba darbas
* Beveik fiziškai neaktyvus

1. **Kaip apibūdintumėte savo sveikatą (sveikatos būklę) iki susergant COVID-19 liga? (privalomas)**

* Puiki
* Labai gera
* Gera
* Nebloga
* Bloga

1. **Ar Jums pasireiškė bent vienas COVID-19 ligos simptomas? (privalomas)**

* TAIP
* NE

1. **Kada pasireiškė pirmieji COVID-19 ligos simptomai (jei ligos forma buvo simptominė):**

* Data (įrašyti)

1. **Ar Jums buvo atliktas COVID-19 ligą patvirtinantis testas? (privalomas)**

* Taip
* Ne

1. **Jei testas buvo atliktas, nurodykite kada: (neprivalomas)**

* Data (įrašyti)

1. **Kur gydėtės COVID-19 ligą: (privalomas)**

* Namuose
* Ligoninėje
* Kita

1. **Ar Jūs gydėtės medikamentinėmis priemonėmis: (privalomas)**

* Ne, gydymo neprireikė
* Taip, gydžiausi savarankiškai
* Taip, gydymą paskyrė gydytojas

1. **Jei gydėtės medikamentinėmis priemonėmis, prašome išvardinti kokiomis:**

* ...

1. **Per kiek dienų oficialiai pasveikote nuo ūmios infekcijos (šeimos gydytojas/kt.gyd.specialistas Jums patvirtino, kad esate pasveikęs nuo COVID-19 ligos)?**

* Laikotarpyje iki 14 dienų
* Per 14 – 28 dienas
* Per 28 ir daugiau dienų
* Kita

1. **Ar sergant COVID-19 liga simptomai išliko tokie patys (nuo ligos pradžios iki pabaigos), ar jie keitėsi (vieni simptomai išnyko, kiti atsirado): (privalomas)**

* Simptomai išliko tie patys
* Simptomai ligos eigoje keitė vieni kitus
* Daugelis išliko bei išsivystė nauji
* Sirgau besimptome forma

1. **Pažymėkite simptomus, kuriuos jautėte OFICIALIAI sirgdami COVID-19 liga: galite rinktis visus tinkamus variantus: (privalomas)**

* Karščiavimas/ šaltkrėtis
* Šaltkrėtis be karščiavimo
* Kūno/raumenų/kaulų/sąnarių skausmai
* Dusulys/apsunkintas kvėpavimas
* Kosulys/skrepliavimas
* Sausa kosulys
* Gerklės skausmas
* Burnos žaizdelės/ opelės
* Didelis/nuolatinis troškulys
* Krūtinės skausmas/spaudimas
* Galvosskausmas/svaigimas
* Dalinis/ visiškas uoslės praradimas
* Dalinis/visiškas skonio praradimas
* Užgulusi/bėganti nosis
* Apetito stoka
* Nemiga
* Didelis/ neįprastas mieguistumas
* Kt. Miego sutikimai
* Nerimas
* Baimė
* Nuovargis
* Fizinio pajėgumo sumažėjimas/ jėgų nebuvimas
* Nuotaikų svyravimai (liūdesys, sumišimas, irzlumas)
* Širdies plakimai/tachikardija/aritmija
* Padidėjęs kraujospūdis
* Sumažėjęs kraujospūdis
* Ilgalaikė padidėjusi kūno temperatūra
* Neįprastai sumažėjusi kūno temperatūra
* Pykinimas
* Vėmimas
* Viduriavimas/vidurių užkietėjimas
* Refliuksas/rėmuo
* Inkstų skausmai/ šlapinimosi sutrikimai
* Naktinis prakaitavimas
* Svorio sumažėjimas
* Svorio padidėjimas
* Neryškus matymas
* Mirgėjimas/blykčiojimas akyse
* “ sausos” akys
* Akių uždegimas/ “miežis
* Pėdų šalimas, tirpimas, tinimas, skausmai
* Rankų šalimas/tirpimas/skausmai/tinimas
* Kiti neuralginiai skausmai
* Apatinės nugaros dalies skausmai
* Viršutinės nugaros dalies/kaklo skausmai
* Klausos sutrikimas (ūžesys/spengimas/užgulimas
* Įvairių kūno raumenų mėšlungis/ trūkčiojimai
* Sausa, šerpetojanti oda
* Įvairūs odos bėrimai
* Plaukų slinkimas
* Skausminga/ jautri galvos oda
* Jokių simptomų nebuvo

1. **Ar oficialiai pasveikus nuo COVID-19 ligos simptomai išnyko? (privalomas)**

* Taip, jokių liekamųjų simptomų nejaučiu
* Ne, simptomai išliko dar kurį laiką ir tuomet išnyko
* Ne, simptomai neišnyko ir kai kuriuos jaučiu iki šiol
* Sirgau besimptome forma

1. **Jei simptomai neišnyko, nurodykite, kokie liko/ vargina oficialiai PASVEIKUS nuo COVID-19 ligos: galite rinktis visus tinkamus variantus: (privalomas)**

* Jokių simptomų nejaučiu
* Karščiavimas/ šaltkrėtis
* Šaltkrėtis be karščiavimo
* Kūno/raumenų/kaulų/sąnarių skausmai
* Įvairiai migruojanrys/varginantys kūno skausmai, kai tiksliai sunku norodyti vieną konkrečią skaudamą vietą
* Dusulys/apsunkintas kvėpavimas
* Kosulys/skrepliavimas
* Sausa kosulys
* Gerklės skausmas
* Didelis seilėtekis
* Gerklės sausumas/”guzas gerklėje
* Burnos žaizdelės/ opelės
* Didelis/nuolatinis troškulys
* Krūtinės skausmas/spaudimas
* Galvos skausmas/svaigimas
* “Smegenų spaudimas”, apsunkusi galva, pakaušio skausmas
* Dalinis/ visiškas uoslės praradimas
* Dalinis/visiškas skonio praradimas
* Užgulusi/bėganti nosis
* Apetito stoka
* Dėmesio, koncentracijos, susikaupimo sutrikimai
* Atminties sutrikimai
* Kintantys simptomai (vieni atsiranda, kiti išnyksta)
* Nemiga
* Didelis/ neįprastas mieguistumas
* Kt. Miego sutikimai
* Nerimas
* Baimė
* Nuovargis
* Fizinio pajėgumo sumažėjimas/ jėgų nebuvimas
* Nuotaikų svyravimai (liūdesys, sumišimas, irzlumas)
* Širdies plakimai/tachikardija/aritmija
* Padidėjęs kraujospūdis
* Sumažėjęs kraujospūdis
* Ilgalaikė padidėjusi kūno temperatūra
* Neįprastai sumažėjusi kūno temperatūra
* Pykinimas
* Vėmimas
* Viduriavimas/vidurių užkietėjimas
* Refliuksas/rėmuo
* Inkstų skausmai/ šlapinimosi sutrikimai
* Naktinis prakaitavimas
* Svorio sumažėjimas
* Svorio padidėjimas
* Neryškus matymas
* Mirgėjimas/blykčiojimas akyse
* “ sausos” akys
* Akių uždegimas/ “miežis
* Pėdų šalimas, tirpimas, tinimas, skausmai
* Rankų šalimas/tirpimas/skausmai/tinimas
* Kiti neuralginiai skausmai
* Apatinės nugaros dalies skausmai
* Viršutinės nugaros dalies/kaklo skausmai
* Klausos sutrikimas (ūžesys/spengimas/užgulimas
* Įvairių kūno raumenų mėšlungis/ trūkčiojimai
* Sausa, šerpetojanti oda
* Įvairūs odos bėrimai
* Plaukų slinkimas
* Skausminga/ jautri galvos oda
* Kitų kūno organų/organizmo sistemų uždegimai/infekcijos
* Anemija

1. **Ar dėl išliekančių simptomų Jūs esate laikinai nedarbingas (turite nedarbingumo pažymėjimą)? (privalomas)**

* Taip
* Ne
* Kita

1. **Jei esate laikinai nedarbingas, nurodykite kiek laiko (dienų skaičių)? (privalomas)**

* (įrašyti)

1. **Ar dėl liekamųjų simptomų kreipėtės į gydytojus? (privalomas)**

* Taip, kreipiausi ir gavau konsultaciją
* Ne, nesikreipiau
* Kreipiausi, bet konsultacijos negavau

1. **Ar kreipėtės prašydami reabilitologo konsultacijos/ reabilitacinio gydymo: (privalomas)**

* Taip, kreipiausi. Konsultaciją ir reabilitacinį gydymą gavau
* Taip, kreipiausi, tačiau nebuvau nukreiptas reabilitologo konsultacijai/reabilitaciniam gydymui
* Ne, nesikreipiau

1. **Kaip manote, ar Jums būtų reikalingas/ naudingas reabilitacinis gydymas? (privalomas)**

* Taip
* Ne
* Neturiu nuomonės

1. **Ar pasinaudotumėte nemokamu reabilitaciniu gydymu ? (privalomas)**

* Taip, labai norėčiau
* Ne, nematau prasmės/reikalingumo
* Neturiu nuomonės

1. **Ar ketinate pasinaudoti/ jau pasinaudojote mokamomis reabilitacijos programomis “pokovidinio” sindromo gydymui? (privalomas)**

* Ketinu pasinaudoti
* Neketinu, nes neturiu tam lėšų
* Neketinu, nes nematau poreikio
* Nežinojau apie tokią galimybę

1. **Kaip pasikeitė Jūsų sveikata palyginus su buvusia iki COVID-19 ligos: (privalomas)**

* Visiškai atsistačiau po prasirgtos COVID-19 lgos
* Truputį blogesnė nei buvo iki COVID-19 ligos
* Žymiai blogesnė, nei buvo iki COVID-19 ligos

1. **Ar Jūsų sveikatos būklė riboja aktyvią fizinę persirgus COVID-19 liga? (privalomas)**

* Taip, labai riboja
* Taip, truputį riboja
* Ne, visiškai neriboja

1. **Ar Jūsų sveikatos būklė riboja kasdieninę veiklą persirgus COVID-19 liga? (privalomas)**

* Taip, labai riboja
* Taip, truputį riboja
* Ne, visiškai neriboja

1. **Ar Jūsų sveikatos būklė riboja darbinę veiklą/darbingumą persirgus COVID-19 liga? (privalomas)**

* Taip, labai riboja
* Taip, truputį riboja
* Ne, visiškai neriboja

1. **Ar Jums teko atsisakyti/sustabdyti/nutraukti/keisti aktyvią fizinę/kasdieninę/darbinę veiklą persirgus COVID-19 liga? (privalomas)**

* Ne, dirbu įprastu darbo krūviu, atlieku kasdieninius darbus, užsiimu įprasta fizine veikla
* Turėjau sumažinti darbo krūvį, bet atlieku kasdieninius darbus, užsiimu įprasta fizine veikla
* Turėjau sumažinti aktyvią fizinę veiklą ir/arba keisti jos pobūdį/intensyvumą
* Esu nedarbingas ir įprastus kasdienius darbus atlikti sunkiau ir/arba reikalinga pagalba
* Po persirgtos COVID-19 ligos iki šiol esu nedarbingas/nedarbinga, neužsiimu aktyvia fizine veikla, kasdieninius darbus atlikti sunku ir/arba reikalinga kito žmogaus pagalba

1. **Ar Jūsų emocinė/psichologinė būklė (nerimas, baimė, depresija,nuovargis, nuotaikų kaita ir pan.) riboja Jūsų aktyvią fizinę/kadieninę/darbinę veiklą ? (privalomas)**

* Taip, labai riboja
* Taip, truputį riboja
* Ne, visiškai neriboja
* Ne, tokių simptomų nejaučiau

1. **Ar jaučiate liekamųjų simptomū progresavimą ir/arba pagerėjimą? (privalomas)**

* Simptomai kinta/progresuoja, būklė negerėja
* Simptomai silpnėja/nyksta, būklė gerėja
* Man sunku vertinti savo sveikatos būklę
* Liekamųjų simptomų nejaučiu

1. **Ar persirgus COVID-19 Jums buvo diagnozuota kokia nors nauja liga, kuria iki COVID-19 infekcijos nesirgote? Jei TAIP, įrašykite**

**...**

1. **Ar persirgus COVID-19 liga, vartojate kokias nors medikamentines priemones kasdien, kurių iki infekcijos nevartojote (nauji receptiniai/nereceptiniai vaistai, maisto papildai ir pan.). Jei TAIP, prašome įrašyti:**

**...**

1. **Prašome parinkti teiginį, kuris, geriausia apibūdintų Jūsų sveikatos būklę artimiausiu metu: (privalomas)**

* Aš manau, kad sveikata atsistatys ir būsiu sveikas žmogus
* Aš manau, kad dabartiniai simptomai dalinai išliks, bet vistiek galėsiu jaustis sveiku žmogumi
* Aš manau, kad dabartiniai simptomai išliks ir mano sveikata blogės
* Neturiu nuomonės
* Mano sveikata tokia pati, kaip iki susergant COVID-19 liga

**45. Are sate pasiskiepine COVID-19 vakcina?**

* Ne
* Taip, esu paskiepintas (-a) viena vakcinos doze
* Taip esu paskiepintas (-a) dviem vakcinos dozėmis
* Neketinu skiepintis
* Kita

**46. Jei turite papildomų pastabų/informacijos, apie kurias anketoje nebuvo klausiama, prašome įrašyti čia (arba galite susisiekti asmeniškai el.paštu:** [**pokovidinissindromas@gmail.com**](mailto:pokovidinissindromas@gmail.com)**):**

…

Ačiū už atsakymus.