

(English translation of original Russian version)

QUESTIONNAIRE FOR STUDY PARTICIPATION

Last, first and middle names: _____		Sex: ☐ Male ☐ 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)
Did a doctor tell you that you were sick (including asymptomatic) with a new coronavirus infection (COVID-19)?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
COVID-19 status (check if appropriate):			
• positive PCR test	☐	☐	☐
• IgG antibodies	☐	☐	☐
• IgM antibodies	☐	☐	☐
When did you have COVID-19? 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 _____
Have you ever had a coronavirus infection that affected your lungs? Have you been diagnosed with pneumonia?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Have you received treatment for coronavirus infection at home?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Have you been hospitalized with coronavirus infection?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Have you had mechanical ventilation?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Specify the manifestations of COVID-19 during illness (check as appropriate)			
• asymptomatic	☐	☐	☐
• loss of smell	☐	☐	☐
• loss of taste	☐	☐	☐
• fever	☐	☐	☐
• difficulty breathing	☐	☐	☐

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

Cerebrovascular diseases (stroke, chronic cerebral ischemia, stage)	☐
Traumatic brain injury (concussion, bruise, removal of hematoma)	☐
Encephalitis, meningitis	☐
Demyelinating disease (encephalomyelitis, multiple sclerosis)	☐
Other neurological disease	☐
Psychiatric illness	☐
Diabetes	☐
Oncological disease	☐
If you noted anything, please specify the diagnosis and duration of the disease	
Other (specify)	_____
Additional questions to describe the general condition of the body: <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?	☐ Yes ☐ No If yes, please briefly describe how this manifests itself: _____ _____
Can you distinguish all colors?	☐ Yes ☐ No
Are you taking medications? Which? Is there a diagnosis due to which the doctor prescribed them?	☐ Yes ☐ No If yes, please briefly list: _____ _____
Do you have any chronic disease?	☐ Yes ☐ 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?	☐ Yes ☐ No If yes, please briefly describe the reason for the complaint: _____ _____

(Original Russian version)

АНКЕТА-ОПРОСНИК ДЛЯ УЧАСТИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ

Ф.И.О.		Пол: ☐ Мужской ☐ 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)?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
COVID-19 статус (отметьте нужное):			
• положительный ПЦР-тест	☐	☐	☐
• антитела IgG	☐	☐	☐
• антитела IgM	☐	☐	☐

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

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

Было ли у Вас диагностировано какое-либо из нижеперечисленных заболеваний до пандемии COVID-19? (отметьте нужное)	
Гипертоническая болезнь (стадия)	☐
Цереброваскулярные заболевания (инсульт, хроническая ишемия мозга, стадия)	☐
Черепно-мозговая травма (сотрясение, ушиб, удаление гематомы)	☐
Энцефалит, менингит	☐
Демиелинизирующее заболевание (энцефаломиелит, рассеянный склероз)	☐
Другое неврологическое заболевание	☐
Психиатрическое заболевание	☐
Сахарный диабет	☐
Онкологическое заболевание	☐
Если отметили что-либо, конкретизируйте диагноз и длительность заболевания	
Другое (уточните)	_____
Дополнительные вопросы по описанию общего состояния организма: <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?	☐ Да ☐ Нет Если да, то, пожалуйста, кратко опишите, как это проявляется: _____ _____
Можете ли Вы различать все цвета?	☐ Да ☐ Нет
Принимаете ли Вы препараты? Какие? Есть ли диагноз, благодаря которому их назначил врач?	☐ Да ☐ Нет Если да, то, пожалуйста, кратко перечислите:

Есть ли у Вас любое хроническое заболевание?	☐ Да ☐ Нет Если да, то, пожалуйста, напишите диагноз, длительность, стадию (обострение или отсутствие симптомов на данный момент):
Если у Вас было диагностировано онкологическое заболевание, то проходите ли Вы лечение сейчас?	Пожалуйста, кратко расскажите:
Перенесли ли Вы недавно стрессовое событие (утрата близкого, развод, рождение ребенка (нагрузка), авария, пожар, сложности на работе, увольнение)	Пожалуйста, кратко расскажите:
Посещали ли Вы психотерапевта или психолога? Какой была цель психотерапии? Были ли назначены препараты в связи с данным обращением?	Пожалуйста, кратко расскажите:
Есть ли у Вас нарушение аппетита или сна?	Пожалуйста, кратко расскажите:
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:

Посещаете ли Вы эндокринолога?

☐ Да ☐ Нет

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