**Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)**

**Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения(день, месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе «на ногах», новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)? | | Да | Нет |
| 2 | Если «ДА», то укажите, ориентировочно, сколько месяцев прошло с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19) | | 1 месяц  2 месяца  3 месяца  4 месяца  5 месяцев  Более 6 месяцев | Легкая  Средняя  Тяжелая |
| 3 | Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) или работоспособности, связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)? | Да, ощущаю существенное снижение | Да, ощущаю незначительное снижение | Нет, не ощущаю |
| 3.1. | При наличии оцените выраженность одышки и снижения переносимости физической нагрузкии/или хронического кашля как причины снижения качества жизни и/или работоспособности | Значительно | Незначительно | Нет |
| 3.2. | При наличии оцените выраженность болей в груди и/или сердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения качества жизни и/или работоспособности | Значительно | Незначительно | Нет |
| 3.3. | При наличии оцените выраженность усталости, и/или мышечных болей, и/или дисфункцию деятельности внутренних органов и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения качества жизни и/или работоспособности | Значительно | Незначительно | Нет |
| 3.4. | При наличии оцените выраженность нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или впервые выявленного сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения качества жизни и/или работоспособности | Значительно | Незначительно | Нет |
| 3.5. | При наличии оцените выраженность выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения качества жизни и/или работоспособности | Значительно | Незначительно | Нет |
| 3.6. | При наличии оцените выраженность болей в суставах, появившихся после перенесенного COVID -19, как причины снижения качества жизни и/или работоспособности | Значительно | Незначительно | Нет |
| 3.7. | При наличии оцените выраженность потери вкуса и/или обоняния как причины снижения качества жизни и/или работоспособности | Значительно | Незначительно | Нет |
| **3.8** | **Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры тела с момента выздоровления COVID-19** | | **да** | **нет** |