

## Basisvragenlijst

### Onderzoek bij patiënten met COVID-19 en hun huishoudcontacten in Nederland (FFX-COVID-19)

Unieke Deelnemers ID .....
----------------------------

Geslacht  Man  
 Vrouw

Geboortedatum .....(dd) / .....(mm) / .....(jjjj)

Datum invullen vragenlijst .....(dd) / .....(mm) / .....(jjjj)

#### Instructies bij het invullen van de vragenlijst

- Vult u deze vragenlijst in voor uzelf of voor een ander persoon?
  - Voor mijzelf
  - Voor een ander persoon, nl. ....
- Indien u de vragenlijst invult voor een ander (bijv. uw kind), wilt u dan de vragen beantwoorden vanuit de situatie van deze persoon.
- Het is alleen mogelijk om meerdere antwoordopties van een vraag aan te vinken als er achter de vraag vermeld staat dat er meerdere antwoorden mogelijk zijn.
- Bij sommige vragen wordt extra informatie gegeven. Dit staat tussen haakjes in schuine tekst achter de betreffende vraag.
- 

---

**Wij willen u alvast zeer hartelijk danken voor uw tijd en moeite!!!**  
**Uw antwoorden zijn zeer waardevol voor het onderzoek naar COVID-19 en de bestrijding van het SARS-CoV-2 virus.**

---

### A. Persoonsgegevens

- A1. Wat is uw nationaliteit (*meerdere antwoordopties mogelijk*)?
- Nederlands
- Anders, nl. ....

### B. Woon- / leefsituatie

- B1. Welke woonsituatie is op dit moment op u van toepassing?
- Alleenstaand
- Gehuwd / samenwonend met een partner (en eventueel kinderen)
- Thuiswonend (bij ouders/verzorgers)
- Anders, nl. ....

### C. Opleiding en beroep

- C1. Wat is uw hoogst genoten afgeronde opleiding?
- Geen opleiding
- Lagere school (basisschool)
- Lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, huishoudschool, VBO) of MAVO (of Mulo)
- Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MBO, MEAO, MTS, MAS, HAVO, VWO, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (bijv. HBO, HTS, HAS) of wetenschappelijk onderwijs
- Overig, nl. ....
- C2. Waaruit bestaan uw dagelijkse activiteiten voornamelijk?
- Werkzaamheden buitenshuis (weg van huis), nl. ....
- Schoolgaand (inclusief crèche en kleuterschool)
- Huisvrouw / huisman (dus hoofdzakelijk werkzaamheden in het eigen huis)
- Overig, nl. ....
- C3. Wat is uw beroep?
- Gezondheidszorg medewerker
- Klinisch laboratorium medewerker
- Landbouw (o.a. akkerbouw, kassenteelt, (champignon)kwekerijen)
- Groenvoorziening (o.a. hoveniers, landschapsverzorging, plantsoendienst, bosbouwers)
- Werk met dieren of dierlijke producten (o.a. melk-, pluimvee-, varkenshouderijen, viskwekerij, jagers, boswachters, ruimers, vleesverwerkende industrie)
- Afvalverwerking
- Schoonmaakbranche
- Onderwijs en kinderopvang
- Buitenland (zakenreiziger of expatriats)
- Transport (o.a. luchtvaart/haven, wegtransport, scheepsvaart)
- Niet van toepassing (kinderen, gepensioneerden, werkzoekenden)
- Niet bekend
- Andere sector (o.a. kantoorfuncties, productie-/fabrieksmedewerkers, opvang dak- en thuislozen/asielzoekers)

### D. Medische voorgeschiedenis

- D1. Heeft u ooit last gehad van één of meer van onderstaande ziekten?  
(meerdere antwoordopties mogelijk)
- Astma
- COPD / emfyseem / chronische bronchitis
- Overige longziekten, nl. ....
- Hooikoorts
- Andere allergie, nl. ....
- Hart- en vaatziekten, nl. ....
- Suikerziekte
- Afweerstoornis, nl. ....
- Nierziekte, nl. ....
- Leveraandoening, nl. ....
- Oogaandoening, nl. ....
- Neuromusculaire aandoening, nl. ....
- Lijdend aan een andere aandoening, nl. ....
- Afgelopen drie maanden behandeld met immunoglobuline of bloedtransfusie gehad
- Geen van bovenstaande
- D2. Enkel voor vrouwen: bent u de afgelopen zes maanden zwanger geweest?
- Ja, ik ben momenteel in zwangerschapsweek nummer..... (zwangerschapsweek invullen)
- Ja, ik ben van een gezond kind bevallen op .....(dd)/.....(mm)/.....(jjj)
- Ja, maar ik heb een miskraam / abortus gehad in zwangerschapsweek nummer .....
- Ja, overig .....
- Nee
- D4. Rookt u (wel eens)?
- Ja
- Nee, maar vroeger wel (ga naar vraag D5)
- Nee, ik heb nooit gerookt (ga naar vraag D5)
- D4.1 Wat rookt u en hoeveel?
- Ongeveer ..... sigaretten (uit pakje of zelf gerold) per dag
- Ongeveer ..... sigaren per week
- Ongeveer ..... pakje(s) pijptabak (van 50 gram) per week

### E. Reishistorie

- E1. Heeft u de afgelopen zes maanden andere plaatsen dan uw woonplaats binnen Nederland bezocht waar u minimaal één nacht bent verbleven?
- Ja
- Nee (ga naar vraag E2)
- E1.2 Welke andere plaatsen binnen Nederland waren dat en wanneer was u daar voor het laatst?

PLAATS IN NEDERLAND	DATUM LAATSTE BEZOEK
1. ....	.....(dd)/.....(mm)/ .....(jjjj)
2. ....	.....(dd)/.....(mm)/ .....(jjjj)
3. ....	.....(dd)/.....(mm)/ .....(jjjj)
4. ....	.....(dd)/.....(mm)/ .....(jjjj)

E2. Bent u de afgelopen zes maanden in het buitenland geweest?

Ja

Nee (ga naar vraag F1)

E2.1 In welke landen bent u geweest, hoe lang was u daar, en wanneer heeft u het land verlaten?

LAND	TIJDSDUUR VERBLIJF	DATUM VAN VERTREK UIT HET LAND
1. ....	..... dagen	.....(dd)/.....(mm)/ .....(jjjj)
2. ....	..... dagen	.....(dd)/.....(mm)/ .....(jjjj)
3. ....	..... dagen	.....(dd)/.....(mm)/ .....(jjjj)

### G. Geneesmiddelengebruik

G1. Heeft u de afgelopen zes maanden een medicijn tegen virussen (antiviraal middel) gebruikt?  
(meerdere antwoordopties mogelijk)

Ja, als behandeling, vanwege oog- of griepachtige klachten

Ja, vanwege een andere reden, nl. ....

Weet niet / onbekend

Nee (ga naar vraag I1)

G1.1 Welk middel heeft u genomen?

Oseltamivir fosfaat (Tamiflu)

Zanimivir (Relenza)

Amantadine (Symadine, Symmetrel)

Rimantadine (Flumadine)

Overig, nl. ....

Ik weet niet meer hoe het middel heet

### H. Gezondheidsklachten

H1. Heeft u de afgelopen 14 dagen klachten gehad?

Ja

Nee (ga naar vraag H2)

H1.1 De klachten begonnen op .....(dd)/.....(mm)/.....(jjjj)

H1.2 Tot wanneer duurden deze klachten?

.....(dd)/.....(mm)/.....(jjjj)

De klachten duren nog steeds voort

H1.3 Welke klachten heeft u de afgelopen 14 dagen gehad?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koorts                       | <input type="checkbox"/> Koude rillingen                    |
| <input type="checkbox"/> Keelpijn                     | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn                          |
| <input type="checkbox"/> Hoesten                      | <input type="checkbox"/> Pijn bij ademhaling                |
| <input type="checkbox"/> Kortademigheid / benauwdheid | <input type="checkbox"/> Ophoesten slijm                    |
| <input type="checkbox"/> Loopneus / neusverkoudheid   | <input type="checkbox"/> Spierpijn                          |
| <input type="checkbox"/> Diarree                      | <input type="checkbox"/> Pijnlijke / gezwollen lymfeklieren |
| <input type="checkbox"/> Oogklachten                  | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid                       |
| <input type="checkbox"/> Misselijkheid                | <input type="checkbox"/> Overgeven                          |
| <input type="checkbox"/> Huiduitslag                  | <input type="checkbox"/> Gewrichtspijn                      |
| <input type="checkbox"/> Weinig eetlust               | <input type="checkbox"/> Bloedneus                          |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl. ....             |   |

H1.4 Hadden deze klachten een plotseling / acuut begin?

- Ja, ze ontstonden in de loop van enkele uren  
 Nee, ze ontstonden in de loop van enkele dagen

H1.5 Heeft u voor deze klachten een arts geraadpleegd?

- Ja, de huisarts  
 Ja, een specialist in het ziekenhuis  
 Ja, ik ben opgenomen geweest in het ziekenhuis: ..... dagen  
 Nee (ga naar vraag K2)

H2. Heeft u op dit moment klachten?

- Ja  
 Nee (Einde vragenlijst)

H2.1 Welke klachten heeft u op dit moment?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koorts                       | <input type="checkbox"/> Koude rillingen                    |
| <input type="checkbox"/> Keelpijn                     | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn                          |
| <input type="checkbox"/> Hoesten                      | <input type="checkbox"/> Pijn bij ademhaling                |
| <input type="checkbox"/> Kortademigheid / benauwdheid | <input type="checkbox"/> Ophoesten slijm                    |
| <input type="checkbox"/> Loopneus / neusverkoudheid   | <input type="checkbox"/> Spierpijn                          |
| <input type="checkbox"/> Diarree                      | <input type="checkbox"/> Pijnlijke / gezwollen lymfeklieren |
| <input type="checkbox"/> Oogklachten                  | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid                       |
| <input type="checkbox"/> Misselijkheid                | <input type="checkbox"/> Overgeven                          |
| <input type="checkbox"/> Huiduitslag                  | <input type="checkbox"/> Gewrichtspijn                      |
| <input type="checkbox"/> Weinig eetlust               | <input type="checkbox"/> Bloedneus                          |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl. ....             |   |

H2.2 Hadden deze klachten een plotseling / acuut begin?

- Ja, ze ontstonden in de loop van enkele uren  
 Nee, ze ontstonden in de loop van enkele dagen

H2.3 Heeft u voor deze klachten een arts geraadpleegd?

- Ja, de huisarts  
 Ja, een specialist in het ziekenhuis  
 Ja, ik ben opgenomen geweest in het ziekenhuis: ..... dagen  
 Nee

**Opmerkingen / bijzonderheden**

.....

.....

.....