

**Vragenlijst vervolgonderzoek**  
**Vervolgonderzoek bij patiënten met COVID-19 en hun huishoudcontacten in Nederland (FFX-COVID-19)**

Deelnemer ID

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

Vult u deze vragenlijst zelf in of wordt deze door een ander persoon ingevuld?

- Door mijzelf  
 Door 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.

G1. Heeft u sinds het laatste huisbezoek voor deze studie, of de afgelopen 6 maanden klachten gehad?

- Ja  
 Nee (ga naar vraag G2)

G1.1 De klachten begonnen op .....(dd)/.....(mm)/.....(jjjj)

G1.2 Tot wanneer duurden deze klachten?

- .....(dd)/.....(mm)/.....(jjjj)  
 De klachten duren nog steeds voort

G1.3 Welke klachten heeft u de afgelopen maanden 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. ....             |   |

G1.4 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

G1.5 Heeft u voor deze klachten een arts geraadpleegd?

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

G1.6 Bent u voor deze klachten opnieuw getest op het nieuwe coronavirus (COVID-19)?

- Ja, door de huisarts (ga naar vraag G1.7a)
- Ja, door de GGD (ga naar vraag G1.7a)
- Ja, in het ziekenhuis (ga naar vraag G1.7a)
- Nee (ga naar vraag G1.7b)

G1.7a Wat was de uitslag van de test op het nieuwe coronavirus (COVID-19)?

- Positief, dus WEL besmet (geweest) (ga naar vraag G2)
- Negatief, dus GEEN bewijs voor besmetting (ga naar vraag G1.7b)
- Dit wil ik liever niet zeggen (ga naar vraag G1.7b)

G1.7b Wat denkt u zelf dat de oorzaak was van uw klachten? (Bent u vrij zeker van de oorzaak van uw klachten geef deze oorzaak dan aan.)

- Het nieuwe coronavirus (COVID-19)
- Allergie/Hooikoorts
- Asthma/COPD klachten
- Maag/Darmklachten of Buikgriep
- Griep/griepachtige verschijnselen of verkoudheid
- Ik heb geen idee
- Anders, nl. ....

G2. Heeft u op dit moment klachten?

- Ja
- Nee (Einde vragenlijst)

G2.1 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. .... |  |

G2.2 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

G2.3 Heeft u voor deze klachten een arts geraadpleegd?

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