

## Dear Patient

Thank you for choosing Abdali hospital. To ensure you receive the best treatment, please complete the following questionnaire before your appointment and hand it to the doctor. Also, please bring with you any medical reports related to your Covid illness and hand this to the doctor.

Name: \_\_\_\_\_  
Date of Positive Swab (if known) \_\_\_\_\_  
Date when Symptoms started (if known) \_\_\_\_\_  
If you were admitted to a hospital, Date of Admission and Date of Discharge \_\_\_\_\_

If you were admitted to a hospital, what was the level of care you needed (please tick all that applies)

- i.  General Ward  
ii.  ICU, NOT intubated  
iii.  ICU, INTUBATED  
iv.  Other Lung support e.g. CPAP, Oxygen

Have you made a full recovery or are you still troubled by symptoms?

- Yes, I have Symptoms  
 No, I made full Recovery

Are you more breathless now than you were before your COVID illness?  Yes  No

a.  If yes, Is this more than you would have expected by now?

**OR**

b.  If yes, Do you think you are getting better?

Do you feel fatigued (worn out/lacking energy or zest) compared with how you were before your COVID illness?  Yes  NO

a.  Is this more than you would have expected by now?

**OR**

b.  Do you think you are getting better ?

Do you have a cough (different from any cough you may have had before COVID)?

- Yes  No

Do you get any palpitations? (sense that you can feel your heart pounding or racing)

- Yes  No

How is your physical strength? Do you feel so weak that it still limiting what you can do (more than you were pre your COVID illness)?

- Yes  No

Do you have any myalgia ('aching in your muscles')?

- Yes  No

Do you have anosmia ('no sense of smell')?

- Yes  No

Have you lost your sense of taste?

- Yes  No

Is your sleep disturbed (more than it was pre-COVID)?

- Yes  No

Have you had any nightmares or flashbacks?

- Yes  No

On your mood

i. Is your mood low/do you feel down in the dumps/lacking in motivation/no pleasure in anything?

- Yes  No

ii. Do you find yourself feeling anxious/worrying more than you used to?

- Yes  No

Have you lost weight (3 Kg) since your COVID illness?

- Yes  No

Any other symptoms? Please list them below:

Thank you for completing the questionnaire. Please hand it to the doctor.  
Kind regards

## العناية بالكمامة الطبية الخاصة بك:

شكرًا لاختياركم مستشفى العبدلي. لضمان تلقيك الرعاية الصحية الأفضل، نرجو منك تعبئة الاستبيان أدناه وتسليمه إلى الطبيب قبل موعدك. أيضًا، يرجى إحضار جميع التقارير الطبية المتعلقة بإصابتك بمرض كوفيد-19 وتسليمها إلى الطبيب.

اسم المريض: \_\_\_\_\_  
تاريخ المسحة الإيجابية (إن كان معروفًا): \_\_\_\_\_  
تاريخ بداية ظهور الأعراض (إن كان معروفًا): \_\_\_\_\_  
إذا تم إدخالك المستشفى، تاريخ الدخول وتاريخ الخروج: \_\_\_\_\_

عند إدخالك المستشفى، ما هو مستوى الرعاية الصحية الذي احتجته (يرجى وضع إشارة إلى جانب كل ما ينطبق)

- i. جناح المرضى العادي   
ii. وحدة العناية المركزة، غير خاضع للتنبيب   
iii. وحدة العناية المركزة، خاضع للتنبيب   
iv. تعزيز الدعم التنفسي (جهاز CPAP (ضغط مجرى الهواء الإيجابي المستمر) أو التزويد بالأكسجين)

هل تعافيت تمامًا أم لا زلت تعاني من الأعراض؟

- نعم، أعاني من الأعراض   
لا، شفيت تمامًا

هل تشعر الآن بضيق في التنفس أكثر مما كنت عليه قبل الإصابة بـ كوفيد-19؟

أ:  إذا كان نعم، هل هذا أكثر مما كنت تتوقعه في هذا الوقت؟

ب:  إذا كان نعم، هل تعتقد أنك في طريق العودة لاستعادة كامل لياقتك البدنية؟

هل تشعر بالبرهاق (متعب/ تفتقر للطاقة أو الحماس) مقارنة بـ كيفما كنت قبل مرضك بـ كوفيد-19؟

أ:  هل هذا أكثر مما كنت تتوقعه في هذا الوقت؟

أم

ب:  إذا كان نعم، هل تعتقد أنك في طريق العودة لاستعادة كامل لياقتك البدنية؟

هل لديك سعال (يختلف في طبيعته عن أي سعال قد عانيت منه قبل كوفيد-19)؟

نعم  لا

هل عانيت من خفقان القلب (بمعنى أنك قد تشعر بضربات قلبك وتسارعها)؟

نعم  لا

كيف هي قوتك البدنية؟ هل تشعر بالضعف الشديد الذي لا يزال يحد من قدرتك على فعل ما يمكنك القيام به (أكثر مما كنت عليه قبل مرضك بـ كوفيد-19)؟

نعم  لا

هل تعاني من ألم في عضلات جسمك؟

نعم  لا

هل تعاني من فقدان حاسة الشم؟

نعم  لا

هل فقدت حاسة الذوق؟

نعم  لا

هل نومك مضطرب (أكثر مما كان عليه قبل كوفيد-19)؟

نعم  لا

هل عانيت من رؤية الأحلام المزعجة (الكوابيس) أو الذكريات الماضية؟

نعم  لا

### حالتك المزاجية

هل مزاجك سيء؟ هل تشعر بالتعاسة؟ تفتقر الحافز/ المتعة في فعل أي شيء؟

نعم  لا

هل تجد نفسك تشعر بالقلق أكثر مما اعتدت عليه؟

نعم  لا

هل فقدت وزنك (3 كغ) منذ إصابتك بـ كوفيد-19؟

نعم  لا

هل تشكو من أية أعراض أخرى؟ (يرجى ذكرها في المكان أدناه)