

Kysely koronaviruksen oireista

Tämän kyselyn tarkoitus on muodostaa kokonaiskuvaa siitä, millaisia oireita koronavirus aiheuttaa.

Kyselyssä ei kerätä henkilötietoja, eikä yksittäisiä vastaajia pystytä tunnistamaan. Kyselyn tulosdata jaetaan anonymisti THL:n tartuntatautiyksikön käyttöön sekä julkaistaan Facebook-ryhmässä "Koronaviruksen saaneet ja oireilevat". Tämän kyselyn tuloksia voidaan myös käyttää hyväksi mediayhteydenotoissa, jotta tieto sairauden oireista leviäisi mahdollisimman monelle.

Kyselyn järjestävät Facebook-ryhmän "Koronaviruksen saaneet ja oireilevat" ylläpitäjät.

Kyselyn järjestäjä ei ole vastuussa siihen annetuista vastauksista eikä kyselyn mahdollisesti aiheuttamista haitoista vastaajille tai kolmansille osapuolille.

HUOM. Osa kysymyksistä on pakollisia jotta kyselyssä voi edetä.

* Required

Taustatiedot

Kysymme asuinpaikkaa, ikää, perussairauksia ja veriryhmää seuraavassa osiossa

1. Kenen puolesta täytät kyselyä *

Mark only one oval.

- Täytän omasta puolestani
- Täytän lapseni puolesta ja hänen suostumuksellaan
- Täytän vanhempani / vanhemman henkilön puolesta ja hänen suostumuksellaan
- Other: _____

2. Ikä *

Mark only one oval.

0-10

10-19

20-29

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80+

3. Sukupuoli *

Mark only one oval.

Mies

Nainen

En halua sanoa

4. Mikä on kotipaikkasi? *

Mark only one oval.

- Uusimaa
- Varsinais-Suomi
- Pirkanmaa
- Keski-Suomi
- Pohjois-Savo
- Kanta-Häme
- Päijät-Häme
- Lappi
- Kainuu
- Satakunta
- Pohjanmaa
- Etelä-Savo
- Kymenlaakso
- Etelä-Pohjanmaa
- Pohjois-Karjala
- Etelä-Karjala
- Keski-Pohjanmaa
- Other: _____

5. Veriryhmäsi *

Mark only one oval.

A Rh+

A Rh-

B Rh+

B Rh-

AB Rh+

AB Rh-

O Rh+

O Rh-

En tiedä

6. Onko sinulla jotain perussairauksia? Voit valita useita *

Check all that apply.

- Ei perussairauksia
- Refluksitauti
- Anemia
- Astma
- Syöpä (kaikki tyypit)
- Keliakia
- Diabetes 1
- Diabetes 2
- Ruoansulatushäiriö
- Eteisvärinä, Sydänsairaudet
- Korkea verenpaine
- Uniapnea
- Neurologiset sairaudet
- D-vitamiinin puutostila
- Ylipaino / liikalihavuus
- Olemassa oleva autoimmuunisairaus
- Kilpirauhasen vajaatoiminta
- Aiemmin sairastettu aivoverenkiertohäiriö
- Kohonnut kolesteroli, dyslipidemiat
- Valtimotauti eli ateroskleroosi, kaulavaltimoahtauma
- Hampaiden sairaudet
- Veren hyytymishäiriöt
- Migreeni
- Diagnosoitu psykiatrinen sairaus

Other: _____

7. Arvio asteikolla 1-5 kuinka paljon olet sairastellut flunssia viimeisen viiden vuoden aikana. 1 en lainkaan ja 5 tosi paljon. *

Mark only one oval.

1

2

3

4

5

Testaus ja vasta-aineet

Tässä osiossa käymme testaukseen liittyvää tietoa läpi.

8. Onko sinulle tehty COVID-19 testi? *

Check all that apply.

Ei ole testattu

On tehty --> tarkenna seuraavissa kysymyksissä

En ole päässyt testeihin vaikka olisin halunnut

En ole suostunut testeihin

Other: _____

9. Jos sinulle on tehty COVID-19 testi / testejä, koska ja mikä oli tulos?

Mark only one oval per row.

	Positiivinen	Negatiivinen	Epäselvä tulos	Tulos ei ole vielä tullut
Ensimmäisen 10 päivän aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päivä 11 - ensimmäinen kuukausi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toisen kuukauden aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kolmannen kuukauden aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neljännän kuukauden aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Missä sinut on testattu? Voit valita useamman vaihtoehdon, jos sinut on testattu useammassa paikassa

Check all that apply.

- Mobiilitestausasemalla / drive-in
- Terveyskeskuksessa
- Työterveyshuollossa
- Sairaalassa
- Yksityisellä lääkäriasemalla
- Omassa palveluasumisen yksikössä
- Ulkomailla
- Ei ole testattu

Other: _____

11. Mistä COVID-19 testisi otettiin? Voit valita useita

Check all that apply.

- Nenänielu
- Nielu
- Keuhkot
- Veri
- Imunäyte
- Uloste
- Kyynelneste
- Yskäisy
- Ei ole testattu

Other: _____

12. Onko sinulle tehty COVID-19 vasta-ainetesti? Jos on, niin koska ja mikä oli tulos?

Mark only one oval per row.

	Positiivinen	Negatiivinen	Epäselvä tulos	Tulos ei vielä ole tullut
Alle kuukausi sairastumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 - 2 kk sairastumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - 3 kk sairastumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 kk sairastumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oireiden kesto

Tässä osiossa selvitämme oireiden kestoa ja niiden aaltoilua.

13. Mikä on sairautesi vaihe kyselyhetkellä? *

Mark only one oval.

- sairastan edelleen
- Olen ollut oireeton alle 10 päivää
- Olen ollut oireeton alle 20 päivää
- Olen ollut oireeton alle 30 päivää
- Olen ollut oireeton yli kuukauden
- Olen ollut oireeton yli 2 kuukautta

14. Oliko sinulla oireeton jakso välissä? Kuinka kauan se kesti ennen kuin oireet tulivat takaisin?

Mark only one oval.

- Alle viikon
- Viikon
- Kaksi viikkoa
- Kolme viikkoa
- Neljä viikkoa
- Minulla oireet jatkui koko sairastaminen ajan yhtäjaksoisesti
- Vain osa oireista tuli takaisin tietyn ajan jälkeen. Tarkenna kohtaan "Muu"
- Other: _____

15. Kuinka kauan sairautesi kesti / on tähän mennessä kestänyt? *

Mark only one oval.

- Yli 10 päivää
- Yli 20 päivää
- Yli 30 päivää
- Yli 40 päivää
- Yli 50 päivää
- Yli 60 päivää
- Yli 70 päivää
- Yli 80 päivää
- Yli 90 päivää
- Yli 100 päivää
- Yli 110 päivää
- Yli 120 päivää
- Yli 130 päivää
- Other: _____

16. Haluatko vielä lisätä testaukseen kirjallisesti jotain? Ei pakollinen.

Oireet

Tässä osiossa kysymme mitä oireita olet havainnut sairastamisesi aikana.

17. Miten kuvailisit oireittesi esiintymistä? Voit valita useita *

Check all that apply.

- Oireeni olivat hyvin lieviä
- Uusia oireita tuli eri aikoina
- Oireiden voimakkuus ja toistuvuus vaihteli
- Kaikki oireet hävisivät kokonaan (viikoksi tai pidemmäksi aikaa)
- Minulla oli samat oireet koko ajan
- Oireet palasivat tai voimistuivat fyysisen aktiivisuuden vaikutuksesta
- Oireet kehittyivät hitaasti
- Osa oireista esiintyi vartalossani toispuoleisena
- Minulla oli oireita, joita en koskaan aiemmin ole flunssan tai influenssan yhteydessä kokenut

Other: _____

18. Mihin vuorokauden aikaan oireet ovat / olivat pahimmillaan? Voit valita useita *

Check all that apply.

Aamusta (5:00 - 12:00)

Iltapäivästä (12:00 - 17:00)

Illasta (17:00 - 21:00)

Yöllä (21:00 - 05:00)

Ei eroa

Other: _____

19. Millaisia yleis- ja hengityselinoireita sinulla on ja missä vaiheessa niitä on esiintynyt? Sairauden akuutti vaihe: Aika jonka potilas kokee olevansa sairas, petipotilaana tai kovin heikkokuntoinen muuten. Jälkioireet: Akuutin vaiheen jälkeen ilmenevät oireet. Usein pitkittyneet viikkojen, jopa kuukausien ajaksi.

Check all that apply.

	Alkuoireena (ensimmäiset 3 päivää)	Aktuutin sairauden aikana	Jälkioireena
Kuume (37.8 C tai korkeampi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuume (37.1 C - 37.7 C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alilämpö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivastelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alhainen veren happisaturaatio (alle 95 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toistuva nenän vetinen vuoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jano (äärimmäinen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmäoireet (esim. kirvely, kuivuminen, väsyminen, verenpurkaukset ja tahaton vuotaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmätulehdus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykkeen kohoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Takykardia (korkea syke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkea verennaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Turvonneet imusolmukkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymys (äärimmäinen, ei jaksa nousta sängystä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymys (keskimääräinen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymys (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatkuva, kontrolloimaton yskä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yskä, jossa liman eritystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuiva yskä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veriyskä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarve kakkoo limaa kurkusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palan tunne kurkussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengenahdistus (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengenahdistus (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pihisevä hengitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohiseva hengitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuhkopolte (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuhkopolte (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puristava rintakinu (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puristava rintakipu (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lihassäryt (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lihassäryt (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurkkukipu (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurkkukipu (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poskiontelosärky (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poskiontelosärky (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hammas tai leukaperien särkeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikenien / kielen särky tai puutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niskan jäykkyys/särky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luusärky (kallo,kädet / jalat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päänsärky (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päänsärky (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruoansulatushäiriöt (vakavat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruoansulatushäiriöt (lievät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokahalun menetys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pahoinvointi (etova olo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oksentaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oksennusrefleksi ilman oksennusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokatorven alaosan polte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ripuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virtsahäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihon kuivuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihottuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kystisen aknen leimahdukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihotuntemukset herkkyyys/kihelmöinti tai vastaava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihomuutokset (patteja / paiseita / vesikelloja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivelsäryt (vakavat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivelsäryt (lievät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varpaiden tulehdukset / muutokset ihon värissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paine rinnan alueella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pistävää kipua kyljissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korvalehtien kipua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiustenlähtö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paine poskien alueella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voimattomuutta käsissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voimattomuutta käsissä (kohtausomaisesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voimattomuutta jaloissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalkojen / pohkeiden jäykistyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurkun ja nenän pistely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua nivusissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selkäkipu alaselkä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selkäkipu yläselkä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua / särkyä lapaluiden alla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Millaisia aisti-, neurologisia, psyykkisiä ja hormonaalisia oireita sinulla on ja missä vaiheessa niitä on esiintynyt? Kuten vapina, huimaus ja tunnottomuus. Sairauden akuutti vaihe: Aika jonka potilas kokee olevansa sairas, petipotilaana tai kovin heikkokuntoinen muuten. Jälkioireet: Akuutin vaiheen jälkeen ilmenevät oireet. Usein pitkittyneet viikkojen, jopa kuukausien ajaksi.

Check all that apply.

	Alkuoireena (ensimmäiset 3 päivää)	Akuutin sairauden aikana	Jälkioireena
Hajuaistin menetys/häiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makuaistin menetys/häiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoherkkyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kihelmointia tai tunnottomuutta raajoissa / poskissa / kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käsien tai jalkojen vapinaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vartalon tärinää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sähköshokkimaisia tunteita kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elohiiri kehossa useita viikkoja esim. Silmissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilun väritykset tai hikoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lämmönsäätely ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermostolliset oireet (havaintokyky, looginen ajattelu, puheen tuottaminen tai ymmärtäminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lihasten nykimistä koko kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvaantumisen tunteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahdistus/paniikkikohtaukset (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahdistus/paniikkikohtaukset (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivosumu / keskittymisvaikeudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyörtyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyhyet muistikatkot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallusinaatiot/harhat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verisuonissa painetta etenkin kaulalla / pään alueella (kaulapanta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suonien vetoa etenkin ohimolla (toispuoleista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kehon toispuoleista tunnottomuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suonien vetoa kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmissä kaksoiskuvia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ääniherkkyys (kovat äänet sattuu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Painajaisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonaaliset muutokset (esim. kuukautiset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua kiveksissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impotenssi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua rinnoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Haluatko vielä lisätä oireihin kirjallisesti jotain? Ei pakollinen. Esim. oirekuvaus tai lisätietoja?

22. Oletko käynyt verikokeissa oireiden alkamisen jälkeen? *

Mark only one oval.

- En ole käynyt
- Kyllä, verenkuvassa ei ollut poikkeavaa
- Kyllä, verenkuvassa oli poikkeamia --> Tarkenna seuraavassa kysymyksessä
- Other: _____

23. Jos verenkuvassa on ollut poikkeamia, niin tarkentaisitko alla missä arvoissa

Check all that apply.

- Ei poikkeavuuksia
- Leukosyytit (b-leuk) - valkosolujen määrä
- Hemoglobiini (B-Hb)
- Erytrosyytit (b-eryt) - punasolujen määrä
- Kalium (Ka)
- Tyreotropiini / (P-TSH tai S-TSH) (kilpirauhanen)
- Fibrinin D-dimeerit (P-Fidd) - veren hyytymistekijä
- Muualla, missä?

Other: _____

COVID-19 palvelut ja hoito

Seuraavassa osiossa kysytään palveluista ja hoidosta.

24. Oletko ollut sairaalassa? Voit valita useita *

Check all that apply.

- Käynyt ensiavussa
- Olen ollut sairaalahoidossa
- Olen ollut teho-osastolla hoidettavana
- En ole ollut sairaalahoidossa

25. Oletko ollut tyytyväinen saamaasi palveluun / hoitoon?

Mark only one oval per row.

	Olen enimmäkseen tyytyväinen	Olen enimmäkseen tyytymätön	En ole käyttänyt
Oma olo -nettipalvelussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Korona-info -chatissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietoa koronaviruksesta -puhelinpalvelussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobiilitestausasemalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveyskeskuksessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työterveyshuollossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaalassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omassa palveluasumisen yksikössäsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityisellä lääkäriasemalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulkomailla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Voit halutessasi kuvata saamaasi palvelua tarkemmin

Kiitos
vastauksistasi!

Tämän jälkeen voit lähettää kyselyn painamalla "SUBMIT" tai "lähetä".

Kyselyssä ei kerätä henkilötietoja, eikä yksittäisiä vastaajia pystytä tunnistamaan. Kyselyn tulodata jaetaan anonyymisti THL:n tartuntatautiyksikön käyttöön sekä julkaistaan Facebook-ryhmässä "Koronaviruksen saaneet ja oireilevat". Tämän kyselyn tuloksia voidaan myös käyttää hyväksi mediatyhteydenotoissa, jotta tieto sairauden oireista leviäisi mahdollisimman monelle.

<https://www.facebook.com/groups/249123309557614/>

Kyselyn järjestäjä ei ole vastuussa siihen annetuista vastauksista eikä kyselyn mahdollisesti aiheuttamista haitoista vastaajille tai kolmansille osapuolille.

27. Halutessasi voit kertoa vielä vapaasti mitä haluat tuoda ilmi sairastamisen ajalta.

28. Halutessasi voit antaa palautetta kyselyn tekijöille.

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms