

Kysely koronaviruksen oireista sekä parantumisesta

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

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" sekä www.apuakoronaan.fi-sivustolla. Tämän kyselyn tuloksia voidaan myös käyttää hyväksi mediayhteydenotoissa sekä tietoa voidaan jakaa anonymisti tutkijoille ja lääkäreille, jotta tieto sairauden oireista ja kestosta 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

Kartoitamme aluksi muutamia perustietoja.

1. Vastasitko aiempaan kyselyyn liittyen koronavirusoireisiin? Kyselyn tulokset täällä: <https://cutt.ly/Vd4mXOZ> *

Mark only one oval.

Kyllä

En

2. 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
- Täytän puolisoni puolesta ja hänen suostumuksellaan
- Täytän muun läheisen henkilön puolesta ja hänen suostumuksellaan
- Other: _____

3. Ikä *

Mark only one oval.

- 0-9
- 10-19
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80+

4. Sukupuoli *

Mark only one oval.

Mies

Nainen

Muu

En halua sanoa

5. 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: _____

6. Veriryhmäsi *

Mark only one oval.

A Rh+

A Rh-

B Rh+

B Rh-

AB Rh+

AB Rh-

O Rh+

O Rh-

En tiedä

7. Onko sinulla 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: _____

8. Arvioi 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.

9. 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: _____

10. 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"/>

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

Check all that apply.

- Drive-in-testausasemalla
- Terveyskeskuksessa
- Työterveyshuollossa
- Sairaalassa
- Yksityisellä lääkäriasemalla
- Omassa palveluasumisen yksikössä
- Ulkomailla
- Ei ole testattu

Other: _____

12. Jos olet saanut positiivisen testituloksen MYÖHEMMIN kuin ensimmäisen 10 päivän aikana, mikä oli tilanteesi testin tekohetkellä?

Mark only one oval.

- Olin ollut jatkuvasti sairas
- Olin jo parantunut (ainakin osittain), mutta oireet olivat palanneet takaisin. Tunsin siis itseni sairaaksi testintekohetkellä
- En tuntenut itseäni enää oikeastaan sairaaksi testintekohetkellä
- Other: _____

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

Check all that apply.

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

Other: _____

14. 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.

15. 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
- Olen ollut oireeton yli 3 kuukautta
- Olen ollut oireeton yli 4 kuukautta
- Olen ollut oireeton yli 5 kuukautta
- Other: _____

16. Oliko sinulla yksi tai useampi oireeton jakso välissä? Kuinka kauan oireeton jakso kesti ennen kuin oireet tulivat ensimmäistä kertaa takaisin? (Relapsi: Oireet tai osa niistä aktivoituvat uudestaan oireettoman jakson jälkeen) *

Check all that apply.

- Alle viikon
- Viikon
- Kaksi - kolme viikkoa
- Neljä - viisi viikkoa
- Kuusi - seitsemän viikkoa
- Kahdeksan - yhdeksän viikkoa
- Kymmenen - 11 viikkoa
- Kaksitoista viikkoa tai yli
- Minulla oireet jatkuivat koko sairastamisen ajan yhtäjaksoisesti

Other: _____

17. Jos sinulla on ollut relapsi-vaiheita sairautesi aikana, mitkä näistä väittämistä sopii sairautesi kuvaan? Voit valita useita (Relapsi: Oireet tai osa niistä aktivoituvat uudestaan oireettoman jakson jälkeen) *

Check all that apply.

- Minulla ei ollut relapseja
- Relapsit noudattivat aina (jotakuinkin) samaa oirekaavaa
- Relapsit tulivat erilaisilla oireilla eri kerroilla
- Relapsit tulivat suunnilleen samanpituisten oireettomien jaksojen jälkeen
- Tuntuu että relapsit tulivat ihan sattumanvaraisesti
- Relapsien voimakkuus on heikentynyt kerta kerralta
- Relapsit ovat pahentuneet ajan myötä
- Relapsit aktivoituivat (pienenkin) ylirasituksen seurauksena
- Tunnistin jonkun muun tekijän (kuin ylirasituksen), joka aiheutti minulle relapsin. Tarkenna kohtaan muu

Other: _____

18. Kuinka kauan sairautesi kesti / on tähän mennessä kestänyt (relapsi-jaksot mukaan lukien)? *

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
- Yli 140 päivää
- Yli 150 päivää
- Yli 160 päivää
- Yli 170 päivää
- Yli 180 päivää
- Yli 190 päivää
- Yli 200 päivää
- Yli 210 päivää

- Yli 220 päivää
- Yli 230 päivää
- Yli 240 päivää
- Yli 250 päivää
- Yli 260 päivää
- Yli 270 päivää
- Yli 280 päivää
- Yli 290 päivää
- Yli 300 päivää
- Other: _____

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

Oireet ja tutkimukset

Tässä osiossa kysymme, mitä oireita olet havainnut sairastamisesi aikana ja miten sinua on tutkittu.

20. 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

Ajat vaihtelivat

Other: _____

21. 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. Kroonistunut vaiva: Potilas tuntee parantuneensa ja muuten, mutta sairaus on laukaissut jonkun vaivan joka ei ole kadonnut.

Check all that apply.

	Alkuihminen (ensimmäiset 3 päivää)	Akuutin sairauden aikana	Jälkioireena	Kroonistunut vaiva
Kuume (37.8 C tai korkeampi)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Alilämpö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivastelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toistuva nenän vetinen vuoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jano (äärimmäinen)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Silmätulehdus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykkeen kohoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alhainen veren happisaturaatio (alle 95 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takykardia (korkea syke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkea verenpaine / verenpaineen vaihtelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turvonneet imusolmukkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymys (äärimmäinen, ei jaksanut nousta sängystä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymys (keskimääräinen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymys (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatkuva, kontrolloimaton yskä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yskä, jossa liman eritystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuiva yskä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veriyskä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarve kakkoo limaa kurkusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palan tunne kurkussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengenahdistus (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengenahdistus (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pihisevä hengitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohiseva hengitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Keuhkopolte (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuhkopolte (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paine rinnan alueella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puristava rintakipu (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puristava rintakipu (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pistävää kipua kyljissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lihassäryt (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lihassäryt (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurkkukipu (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurkkukipu (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurkun ja nenän pistely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poskiontelosärky (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poskiontelosärky (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hammas tai leukaperien särkeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikenien / kielen särky tai puutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niskan jäykkyys/särky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luusärky (kallo, kädet / jalat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Päänsärky (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päänsärky (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paine poskien alueella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiustenlähtö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvalehtien kipua / polttamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruoansulatushäiriöt (vakavat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruoansulatushäiriöt (lievät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokahalun menetys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pahoinvointi (etova olo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oksentaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oksennusrefleksi ilman oksennusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokatorven alaosan polte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluksi (mahanesteen nouseminen ruokatorveen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ripuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virtsahäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihon kuivuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihottuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kystisen aknen leimahdukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihotuntemukset (herkkyys / kihelmöinti tai vastaava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihomuutokset (patteja / paiseita / vesikelloja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivelsäryt (vakavat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivelsäryt (lievät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voimattomuutta käsissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voimattomuutta käsissä (kohtausomaisesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voimattomuutta jaloissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalkojen / pohkeiden jäykistyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varpaiden tulehdukset / muutokset ihon värissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua nivusissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selkäkipu alaselkä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selkäkipu yläselkä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua / särkyä lapaluiden alla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. 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. Kroonistunut vaiva: Potilas tuntee parantuneensa jo muuten, mutta sairaus on laukaissut jonkun vaivan joka ei ole kadonnut.

Check all that apply.

	Alkuoireena (ensimmäiset 3 päivää)	Akuutin sairauden aikana	Jälkioireena	Kroonistunut vaiva
Hajuaistin menetys / häiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makuaistin menetys / häiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoherkkyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kihelmointia tai tunnottomuutta raajoissa / poskissa / kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käsien tai jalkojen vapinaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vartalon tärinää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sähköshokkimaisia tunteita kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elohiiri kehossa useita viikkoja tai kuukausia esim. silmissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilunväristykset tai hikoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lämmönsäätelyongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermostolliset oireet (havaintokyky,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

looginen ajattelu, puheen tuottaminen
tai ymmärtäminen)

Lihasten nykimistä / kuplintaa koko kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvaantumisen tunteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahdistus / paniikkikohtaukset (vakava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahdistus / paniikkikohtaukset (lievä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivosumu / keskittymisvaikeudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyörtyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyhyet muistikatkot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallusinaatiot / harhat	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Poltetta verisuonissa / muutoksia ihon pintasuonissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suonien vetoa etenkin ohimolla (toispuoleista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kehon toispuoleista tunnottomuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suonien vetoa kehossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmissä kaksoiskuvia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ääniherkkyttä (kovat äänet sattuvat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painajaisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonaaliset muutokset (esim. kuukautiset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua kiveksissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impotenssi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua rinnoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outoja ihotuntemuksia (esim. Ötököitä iholla tai ylimääräisiä karvoja joita joudut pyyhkäisee pois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunnetta, että ihon alla tapahtuu jotain ylimääräistä mitä siellä ei pitäisi tapahtua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sähköimäistä sirinää / värinää jaloissa / käsissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunne, että muurahaiset kävelee päänahkassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Haluatko vielä lisätä oireista kirjallisesti jotain? Ei pakollinen. Esim. oirekuvaus tai lisätietoja?

24. 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: _____

25. 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 (K)
- Tyreotropiini / (P-TSH tai S-TSH) (kilpirauhanen)
- Fibrinin D-dimeerit (P-Fidd) - veren hyytymistekijä
- Muualla, missä?

Other: _____

26. Mitä tutkimuksia sinulle on tehty?

Check all that apply.

	Ei	Kyllä	Muutoksia havaittu (kirjaa seuraavaan kohtaan)
Pään magneettikuvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuhkoröntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuhkotietokonetomografiakuvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vartalon tietokonekerroskuvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsan ultraäänitutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydänfilmi (EKG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holter-tutkimus (EKG:n vuorokausinauhitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirometria (keuhkojen toimintakoe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermoratatutkimus (ENMG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selkäydinnestenäyte (lumbaalipunktio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydämen ultraäänitutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhasen ultraäänitutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diffuusiokapasiteetti (keuhkojen toiminta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pef-seuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rasitus-EKG

Vartalon magneettikuvaus

Sydämen magneettikuvaus

27. Jos tutkimuksissa on havaittu muutoksia, mitä nämä muutokset ovat olleet?

28. Millainen työ- ja toimintakykysi on verrattuna sairautta edeltävään tilaan? *

Mark only one oval.

Samalla tasolla tai parempi

Hieman heikentynyt

Merkittävästi heikentynyt

Erittäin paljon heikentynyt

Other: _____

29. Oletko ollut sairauslomalla? Jos kyllä, kerro numeroilla kuinka monta viikkoa. Vastauksen esimerkki: 10 viikkoa *

COVID-19 palvelut ja hoito

Seuraavassa osiossa kysytään palveluista ja hoidosta.

30. Oletko ollut sairaalassa tähän sairasteluun liittyen? Voit valita useita vaihtoehtoja. *

Check all that apply.

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

31. 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"/>
Drive-in-testausasemalla	<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"/>

32. 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 anonymisti THL:n tartuntatautiyksikön käyttöön sekä julkaistaan Facebook-ryhmässä "Koronaviruksen saaneet ja oireilevat" sekä www.apuakoronaan.fi-sivustolla. Tämän kyselyn tuloksia voidaan myös käyttää hyväksi mediayhteydenotoissa sekä tietoa voidaan jakaa anonymisti tutkijoille ja lääkäreille, jotta tieto sairauden oireista ja kestosta 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.

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

34. Halutessasi voit myös antaa palautetta kyselyn tekijöille.

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms