

# **COVID-19 AL PRIMO LEVI: STUDIO EPIDEMIOLOGICO**

## **Questionario**

- Anno di corso
- Sesso biologico (M/F)
- Età (14/21)
- Sei stato/a sottoposto/a a vaccinazione contro il Covid-19? (si/no)
- Con quante dosi ? (1/2/3)
- In seguito alla vaccinazione hai manifestato uno o più effetti collaterali? (si/no)
- Se si quali? (più di una opzione possibile): febbre, stanchezza, nausea, dolore agli arti, mal di testa
- Durante l'anno scolastico 2021/2022 sei risultato/a positivo/a al test per la rilevazione di Covid-19? (si/no)
- Con quale tipo di test hai scoperto di essere positivo/a? (tampone molecolare –esito dopo 24 h, tampone antigenico-esito dopo 10/15 min, tampone antigenico casalingo)
- Se sei risultato/a positivo/a al test antigenico hai confermato l'esito con un tampone molecolare? (si/no)
- In quale mese dell'anno scolastico 2021/2022 sei risultato/a positivo/a?( settembre-maggio)
- Al momento della rilevazione della positività eri vaccinato/a? (si/no)
- Con quante dosi di vaccino? (1/2/3)
- Considerando il periodo nel quale ti sei contagiato/a quanto tempo è trascorso dall'ultima vaccinazione? (minore o uguale ad 1 mese, tra 1 mese e 2 mesi, tra 2 mesi e 3 mesi, tra 3 mesi e 4 mesi, maggiore o uguale a 4 mesi)
- Per quanto tempo è durata la tua positività? (minore o uguale a 1 settimana, tra 1 e 2 settimane, tra 2 e 3 settimane, tra 3 e 4 settimane, maggiore o uguale a 1 mese)

- Che sintomi hai manifestato? (più di un'opzione possibile): asintomatico, febbre, tosse, mal di gola, mal di ossa, raffreddore, perdita del gusto, perdita dell'olfatto, problemi respiratori, diarrea
- Hai avuto necessità di andare all'ospedale? (si/no)
- Dopo l'esito negativo del tampone hai riscontrato la permanenza di alcuni sintomi? (si/no)
- Se si quali? (più di un'opzione possibile): febbre, tosse, mal di gola, mal di ossa, raffreddore, perdita del gusto, perdita dell'olfatto, problemi respiratori, diarrea
- Sei risultato/a positivo/a al Covid-19 più di una volta nell'anno scolastico 2021/2022? (si/no)