

Post-Exertional Malaise (effects of physical and mental activity on symptoms)

Malaise Post-Effort

Aggravation ou rechute des symptômes après un effort physique ou mental

Durant votre COVID-19, avez-vous eu une rechute/aggravation de vos symptômes après une activité physique ou mentale? *

- Oui
 Non

A quel point vos symptômes/rechutes étaient-ils sévères en moyenne?
Placez le curseur sur 0 si vous n'avez pas eu ces symptômes. *

	Pas de malaise Post-Effort	Malaise Post- Effort	Fort malaise Post-Effort									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Physique												<input type="text"/>
Cognitif												<input type="text"/>

Si vous avez eu une aggravation ou rechute après une activité **Physique** quand l'aggravation/rechute est-elle arrivée? *

- Immédiatement
- Le même jour, après quelques heures
- Le jour d'après
- Quelques jours après
- Cela varie
- Je n'ai pas de rechutes/ je n'ai pas encore eu de rechutes après une activité physique

Si vous avez eu une rechute/aggravation après une activité **Mentale** quand la rechute/aggravation est-elle arrivée? *

- Immédiatement
- Le même jour, après quelques heures
- Le jour d'après
- Quelques jours après
- Cela varie
- Je n'ai pas eu de rechute/aggravation après une activité mentale I do not experience worsening/relapse of symptoms after Mental Activity

Combien de temps dure la rechute/aggravation des symptômes suivant une activité physique ou mentale, en général? *

- Quelques heures
- Quelques jours
- Quelques semaines
- Autre

(Optionnel) Expliquez tout ce que vous voulez partager de votre expérience avec le Malaise Post Effort. Par exemple vous pouvez donner des exemples des activités qui aggravent le plus vos symptômes (la marche, l'exercice intense, la lecture, regarder des films, etc...).

Quand avez-vous eu ces symptômes? *

Cochez les symptômes pour les **4 premières semaines**, puis pour les **mois (le cas échéant)**. Même si vous n'avez eu ces symptômes que sur une partie de la semaine ou du mois cochez les.

	Semaine	Semaine	Semaine	Semaine	Mois	Mois	Mois
	1	2	3	4	2	3	4
Aggravation/rechutes des symptômes après un effort physique ou cognitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>