

SUPPLEMENTARY MATERIAL**Cuestionario de disfunción olfativa y gustativa en pandemia COVID-19**

Fecha: ___/___/ 2020

Hospital: _____

Sexo: Mujer ___ / Hombre ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

RT-PCR SARS-CoV-2 (+): Sí ___/ No ___ Fecha confirmación: ___/___/2020

En el transcurso de su enfermedad:

1. ¿Ha tenido usted pérdida del olfato o sabor de la comida? Sí ___ / No ___

2. Por favor, cruce la línea horizontal con una línea vertical en el punto que considere apropiado, donde 0 es SIN PÉRDIDA de olfato/sabor y 10 es PÉRDIDA TOTAL del olfato de la comida o la bebida.

0 10

3. ¿Tiene usted pérdida del gusto (dulce, salado, ácido, amargo)? Sí ___ / No ___

4. Por favor, cruce la línea horizontal con una línea vertical en el punto que considere apropiado, donde 0 es SIN PÉRDIDA del gusto y 10 es PÉRDIDA TOTAL del gusto. El GUSTO se refiere sólo a la percepción salada, dulce, ácida o amarga.

0 10

5. ¿Cuándo empezó su pérdida de olfato/sabor o del gusto?

- a) Es mi único síntoma la pérdida del olfato/sabor ____ o gusto ____
- b) Fue mi primer síntoma, ____ días antes que aparecieran otros síntomas generales o respiratorios.
- c) Apareció al mismo tiempo que los otros síntomas
- d) Apareció ____ días después que los otros síntomas generales o respiratorios.

6. Si ha tenido alteraciones del olfato/sabor o del gusto, indique por favor durante cuánto tiempo ha padecido esta alteración:

- a) Todavía tengo pérdida del olfato/sabor ____ o del gusto ____ a pesar de haberme recuperado completamente de los otros síntomas generales o respiratorios.
- b) Todavía tengo pérdida del olfato/sabor ____ o del gusto ____ y persisto con síntomas generales o respiratorios.
- c) La pérdida del olfato/sabor o del gusto me ha durado _____ días

7. Marque la opción con una cruz si ha presentado los siguientes síntomas:

- a) Rinorrea (congestión nasal) Sí ____ / No ____
- b) Odinofagia (dolor de garganta) Sí ____ / No ____
- c) Tos Sí ____ / No ____
- d) Disnea (sensación de falta de aire) Sí ____ / No ____
- e) Fiebre Sí ____ / No ____

8. Sección a completar por parte del médico:

8.1) Diagnóstico de Neumonía: Sí _____ / No _____

8.2) Hospitalización Sí _____ / No _____

8.3) Comorbilidades:

a) Respiratorias Sí _____ / No _____

b) Hipertensión arterial esencial Sí _____ / No _____

c) Enfermedad cardiovascular Sí _____ / No _____

d) Diabetes Mellitus Sí _____ / No _____

e) Obesidad (IMC>30) Sí _____ / No _____

f) Enfermedad Renal Crónica Sí _____ / No _____

g) Enfermedad neurológica Sí _____ / No _____

h) Inmunosupresión Sí _____ / No _____

i) Cáncer Sí _____ / No _____

8.4) Biomarcadores sanguíneos:

a) Proteína C reactiva (PCR): _____ mg/mL

b) Dímero D: _____ µg/L

c) Ferritina: _____ µg/L

d) Linfocitos totales: _____ 10⁹ células/L