

**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.



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.



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&gt;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: \_\_\_\_\_ 10<sup>9</sup> células/L