

Supplementary file

Supplementary Section 1. Survey questionnaire (Original version in Greek)

Μίλησε για το άσθμα σου*

Στο παρακάτω σύντομο ερωτηματολόγιο θα θέλαμε να απαντήσετε σε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το άσθμα σας. Οι ερωτήσεις αφορούν το πώς επηρεάζουν τα συμπτώματα την καθημερινότητά σας καθώς και το τι πιστεύετε ότι θα βοηθούσε ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής σας.

***Έρευνα η οποία σχεδιάστηκε και υλοποιείται από την IQVIA**

Τα προσωπικά σας στοιχεία δεν ζητούνται, όλες οι απαντήσεις σας είναι πλήρως ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για στατιστικούς λόγους. Οι πρακτικές μας είναι απολύτως σύννομες και εναρμονισμένες με τις αρχές και τις διατάξεις της Αρχής Προστασίας Προσωπικών.

ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΑΝ ΑΠΟΔΕΧΕΣΤΕ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΟ ΑΣΘΜΑ

Ναι, αποδέχομαι	1
Όχι, δεν αποδέχομαι	2

Δημογραφικά Στοιχεία

Παρακαλώ συμπληρώστε πιο κάτω κάποια στοιχεία που αφορούν το δημογραφικό σας προφίλ, Παρακαλώ κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση ανά ερώτηση

1. Φύλο

Άνδρας	1
Γυναίκα	2
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	3

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

18-34 ετών	1
35-44 ετών	2
45-54 ετών	3
55-64 ετών	4
65+ ετών	5
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	6

3. Ποια είναι η περιοχή κατοικίας σας;

Αττική	1
Θεσσαλονίκη	2
Άλλες περιοχές	3
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	4

4. Πόσο δύσκολο ή εύκολο θα λέγατε ότι ήταν να βρείτε τον κατάλληλο γιατρό για το σοβαρό άσθμα; (κλίμακα 1-5) - **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ**

Πολύ δύσκολο	1
Αρκετά δύσκολο	2
Ούτε εύκολο/ ούτε δύσκολο	3
Αρκετά εύκολο	4
Πολύ εύκολο	5

5. Παίρνετε βιολογικό παράγοντα (ενέσιμη θεραπεία) για το άσθμα σας;

Ναι	1
Όχι	2
Δεν απαντώ	3

Ποιότητα ζωής ασθενών με άσθμα

6. Σε μια κλίμακα από 1 (πολύ κακή) ως 5 (πολύ καλή), πώς θα βαθμολογούσατε την συνολική ποιότητα ζωής σας σε σχέση με την νόσο σας; **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ**

	Ποιότητα Ζωής				
	1- Πολύ κακή	2- Κακή	3- Ούτε καλή ούτε κακή	4- Καλή	5- Πολύ καλή
Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την νόσο	1	2	3	4	5

7. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο η νόσος, σοβαρό άσθμα, έχει επηρεάσει δραστηριότητες και εκφάνσεις που σχετίζονται με την καθημερινή σας ζωή. Δηλ. κατά πόσο η νόσος σας έχει περιορίσει ή αισθάνεστε ότι σας περιορίζει / επηρεάζει. Παρακαλώ απαντήστε χρησιμοποιώντας μία κλίμακα από 1 ως 5, όπου 1= καθόλου (δεν επηρεάζει το σοβαρό άσθμα) και 5= επηρεάζει πολύ **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

Κυκλώστε μία απάντηση ανά δραστηριότητα	1- Δεν επηρεάζει καθόλου	2	3	4	5- Επηρεάζει πάρα πολύ
Την ικανότητά σας για έντονη σωματική άσκηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ικανότητα σας για ήπια σωματική άσκηση (πχ γιόγκα, κολύμβηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ικανότητά σας για περπάτημα (πάνω από 500 μέτρα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Να μπορείτε να ολοκληρώνετε καθημερινές δραστηριότητες / εργασίες απρόσκοπτα (δουλείες στο σπίτι, ψώνια κτλ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Την κοινωνική σας ζωή (κοινωνικές εξόδους, συμμετοχή σε εκδηλώσεις)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ψυχολογική σας υγεία (φόβος, ανησυχία που σας προκαλεί η νόσος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το αίσθημα άγχους για πιθανή εκδήλωση κρίσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την επαγγελματική σας ζωή (ή την σχολική ζωή), δηλ να μπορείτε να ολοκληρώνετε την εργασία σας απρόσκοπτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τον ύπνο σας / ποιότητα ύπνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την αυτοπεποίθηση σας και την αισιοδοξία σας για το μέλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Και για κάθε μία από τις δραστηριότητες πείτε μας πόσο σημαντικές είναι για εσάς **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

<i>Κυκλώστε μία απάντηση ανά δραστηριότητα</i>	1- Καθόλου σημαντικό/ ασήμαντο	2- Μάλλον ασήμαντο	3- Ούτε σημαντικό ούτε ασήμαντο	4- Μάλλον Σημαντικό	5- Πολύ σημαντικό
Η ικανότητα για έντονη σωματική άσκηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η ικανότητα για ήπια σωματική άσκηση (πχ γιόγκα, κολύμβηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η ικανότητα για περπάτημα (πάνω από 500 μέτρα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Να μπορείτε να ολοκληρώνετε καθημερινές δραστηριότητες / εργασίες απρόσκοπτα (δουλείες στο σπίτι, ψώνια κτλ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η κοινωνική ζωή (κοινωνικές εξόδους, συμμετοχή σε εκδηλώσεις)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η ψυχολογική υγεία (φόβος, ανησυχία που σας προκαλεί η νόσος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Το αίσθημα άγχους για πιθανή εκδήλωση κρίσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η επαγγελματική ζωή (ή η σχολική ζωή), δηλ να μπορείτε να ολοκληρώνετε την εργασία σας απρόσκοπτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο ύπνο σας / ποιότητα ύπνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η αυτοπεποίθηση και η αισιοδοξία για το μέλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Σε κλίμακα από 1-5, όπου 1 = καθόλου συχνά και 5 = πολύ συχνά (καθημερινά), πόσο συχνά βιώνετε το κάθε ένα από τα παρακάτω συμπτώματα μέσα σε ένα μήνα; **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ**

	Συχνότητα				
	1 Καθόλου συχνά	2 Λίγο συχνά	3 Ούτε συχνά ούτε αραιά	4 Αρκετά συχνά	5 Πολύ συχνά
Δύσπνοια/Κομμένη ανάσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βήχας / Φλέγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σφίξιμο/πόνος στο στήθος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νυχτερινές αφυπνίσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Σε κλίμακα από 1-5, όπου 1 = καθόλου ελεγμένο και 5 = πολύ καλά ελεγμένο, πόσο καλά ρυθμισμένο/ελεγμένο θα λέγατε ότι είναι το σοβαρό άσθμα σας; **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ**

	1- Καθόλου	2- Λίγο	3- Ουδέτερα	4- Αρκετά	5- Πολύ
Έλεγχος άσθματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Σε κλίμακα από 1-5, όπου 1 = καθόλου σημαντικό και 5 = πολύ σημαντικό, αξιολογήστε πόσο σημαντικό είναι για εσάς το κάθε ένα από τα παρακάτω για τον έλεγχο του άσθματός σας. **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

	Σημαντικότητα				
	1- Καθόλου σημαντικό/ ασήμαντο	2- Μάλλον ασήμαντο	3- Ούτε σημαντικό ούτε ασήμαντο	4- Μάλλον σημαντικό	5- Πολύ σημαντικό
Να μειώσω την ανακουφιστική θεραπεία όταν δεν αισθάνομαι καλά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Να μειώσω ή διακόψω την κορτιζόνη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Να μειώσω τις κρίσεις μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Να λαμβάνω την θεραπεία μου σε πιο αραιά χρονικά διαστήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Παρακαλώ σημειώστε την σειρά σημαντικότητας (από το 1= το περισσότερο σημαντικό ως το 4=το λιγότερο σημαντικό) για κάθε ένα από τα παρακάτω. Σημειώστε 1 στο πιο σημαντικό, 2 στο αμέσως επόμενο κτλ. **ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΑΝΑ ΓΡΑΜΜΗ**

	Σειρά σημαντικότητας
Να λαμβάνω λιγότερα φάρμακα για το άσθμα	_____
Να έχω καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων	_____
Να μπορώ να έχω καλύτερο έλεγχο των κρίσεων	_____
Να μην χρειάζεται να έχω πάντα μαζί μου φάρμακα	_____

Αξιολόγηση επαγγελματία υγείας

13. Άλλαξε η επικοινωνία με τον γιατρό σας για το σοβαρό άσθμα κατά την διάρκεια της πανδημίας του COVID; **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ**

Επικοινωνώ πολύ λιγότερο από πριν	1
Επικοινωνώ λιγότερο από πριν	2
Επικοινωνώ το ίδιο βαθμό με πριν	3

Επικοινωνώ περισσότερο από πριν	4
Επικοινωνώ πολύ περισσότερο σε σχέση με πριν	5

14. Εσείς προσωπικά, έχετε χρησιμοποιήσει τηλεϊατρική, δηλαδή συνεδρίες με τον γιατρό σας από απόσταση είτε τηλεφωνικά είτε ηλεκτρονικά (π.χ. παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου, εξέταση συμπτωμάτων, συμπλήρωση ερωτηματολογίων για την νόσο κτλ.;)

ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ: Παροχή ιατρικών υπηρεσιών από απόσταση

Ναι	1
Όχι	2

15. Θα σας ενδιέφερε η δυνατότητα να δοκιμάσετε Τηλειατρική;

Ναι,	1
Όχι	2

Ενημέρωση για την νόσο και Κλινικές μελέτες

16. Ποιες από τις παρακάτω πηγές πληροφόρησης χρησιμοποιείτε για να βρείτε πληροφορίες για το σοβαρό άσθμα; **ΕΠΙΛΕΞΤΕ Ο,ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ – ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ**

Ιστοσελίδα του νοσοκομείου/ιατρού	1
Φυλλάδια ή άλλης μορφής έντυπη ενημέρωση	2
Τον θεράποντα ιατρό μου	3
Επαγγελματίες υγείας εκτός του θεράποντα ιατρού μου (προσωπικό του νοσοκομείου, νοσοκόμοι, άλλον ιατρό, κλπ.)	4
Μηχανή αναζήτησης στο διαδίκτυο (π.χ Google)	5

YouTube	6
Φίλους/οικογενειακό περιβάλλον	7
Άλλο, _____	8
Τίποτα από τα παραπάνω	9

17. Έχετε αρκετή πληροφόρηση σχετικά με τις διάφορες θεραπείες που υπάρχουν για το άσθμα; -
ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ

Ναι έχω πολλή πληροφόρηση	1
Ναι έχω αρκετή πληροφόρηση	2
Ούτε έχω / ούτε δεν έχω πληροφόρηση	3
Δεν έχω αρκετή πληροφόρηση	4
Δεν έχω καθόλου πληροφόρηση	5
Δεν το θέλω/δεν το χρειάζομαι	6

18. Έχετε αρκετή πληροφόρηση σχετικά με προγράμματα υποστήριξης ασθενών (Patient support programs); **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ**

Ναι έχω πολλή πληροφόρηση	1
Ναι έχω αρκετή πληροφόρηση	2
Ούτε έχω / ούτε δεν έχω πληροφόρηση	3
Δεν έχω αρκετή πληροφόρηση	4
Δεν έχω καθόλου πληροφόρηση	5
Δεν το θέλω/δεν το χρειάζομαι	6

19. Σε κλίμακα 1-5, όπου 1 είναι καθόλου και 5 είναι πολύ ενημερωμένος/η, πόσο ενημερωμένος/η είστε για κλινικές μελέτες σχετικές με το σοβαρό άσθμα; **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ**

	1 καθόλου	2 λίγο	3 ουδέτερα	4 αρκετά	5 Πολύ
Ενημέρωση για κλινικές μελέτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Έχετε πάρει μέρος σε κάποια κλινική μελέτη για το άσθμα σας;

Ναι	1
Όχι	2
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	3

21. Πως θα χαρακτηρίζατε την εμπειρία σας με την κλινική μελέτη; **ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ**

Πολύ θετική	1
Αρκετά θετική	2
Ουδέτερη	3
Αρκετά αρνητική	4
Πολύ αρνητική	5

22. Σας ενημέρωσαν για τα αποτελέσματα της μελέτης;

Ναι	1
Όχι	2
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	3

23. Θα θέλατε να πάρετε μέρος σε άλλη κλινική μελέτη για το άσθμα;

Ναι	1
Όχι	2
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	3

Αν Όχι → Γιατί; Καταγράψτε στο παρακάτω περιθώριο τους λόγους για τους οποίους δεν θα θέλατε να πάρετε μέρος σε άλλη κλινική μελέτη

ΟΛΟΙ

24. Ποια θεραπευτικά οφέλη προσδοκάτε από μία νέα θεραπεία για το άσθμα; Παρακαλώ απαντήστε όσο πιο αναλυτικά μπορείτε. Καταγράψτε στο παρακάτω περιθώριο τις προσδοκίες σας

Supplementary material - Survey questionnaire (Translated version in English)

Talk about your asthma*

Following the short questionnaire below, we would like you to answer some questions about your asthma.

The questions are on how symptoms affect your daily life and how you think you could improve your quality of life.

***Research designed and implemented by IQVIA**

Your personal information is not requested, all answers are completely anonymous and will be used exclusively for statistical purposes. Our methods are fully legal and in accordance with the principles and provisions of the Personal Data Protection Authorities.

BASED ON THE ABOVE, PLEASE CHECK IF YOU ACCEPT YOUR PARTICIPATION IN THE SURVEY FOR SEVERE ASTHMA

Yes, I accept	1
No, I do not accept	2

Demographics

Please fill-in below some information regarding your demographic profile.
Please check the appropriate answer per question

1. Gender

Male	1
Female	2
Do not know/do not answer (N/A)	3

2. What is your age?

18-34 years	1
35-44 years	2
45-54 years	3
55-64 years	4
≥65 years old	5
Do not know/do not answer (N/A)	6

3. What is your area of residence (hometown)?

Attica	1
Thessaloniki	2
Other	3
Do not know/do not answer (N/A)	4

4. How much difficult or easy was to find the appropriate doctor for severe asthma? (Scale 1-5)
CHECK ONE SINGLE OPTION

Very difficult	1
Difficult	2
Neither easy nor difficult	3
Easy	4
Very easy	5

5. Are you taking a biological agent (injectable treatment) for your asthma?

Yes	1
No	2
Do not answer (N/A)	3

Quality of life of asthma patients

6. On a scale of 1 (very poor) to 5 (very good), how would you rate your overall quality of life in relation to your disease?

ONE SINGLE OPTION

	Quality of life				
	1- Very poor	2- Poor	3- Neither good nor poor	4- Good	5- Very good
Quality of life associated with the disease	1	2	3	4	5

7. We want you to tell us in which degree the disease of severe asthma has influenced activities and aspects related to your daily life. I.e. Whether the disease has limited, or you feel that it has influenced your daily life. Please answer using a scale of 1 to 5, where 1= not at all influenced (severe asthma has not influenced my quality of life) and 5= Extremely influenced (severe asthma extremely has influenced my quality of life)

ONE SINGLE OPTION PER ACTIVITY

<i>Check one answer per activity</i>	1- Not at all influenced	2 – Slightly influenced	3 – Moderately influenced	4 – Very influenced	5- Extremely influenced
Ability for intense body activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ability for mild body activity (ex. Yoga/ swimming)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ability to walk more than 500m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ability to complete everyday chores without effort (household chores, shopping, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social life (going out, event participation, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental health (fear, worry caused by the disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressing out considering the possibility of an exacerbation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professional / school life / ability to complete your professional/school activities smoothly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quality of sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self-confidence and optimism for the future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Please tell us the degree of significance for the following activities

ONE SINGLE OPTION PER ACTIVITY

<i>Check one answer per activity</i>	1- Not at all significant	2 - Rather insignificant	3 - Neither significant nor insignificant	4 - Rather significant	5 - Very significant
Ability for intense body activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ability for mild bold activity (eg Yoga/swimming)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ability to walk more than 500m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ability to complete everyday chores without effort (household chores, shopping, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Social life (going out, event participation, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental health (fear, worry caused by the disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressing out considering the possibility of an exacerbation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professional / school life / ability to complete your professional/school activities smoothly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quality of sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self-confidence and optimism for the future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. On a scale of 1-5, where 1 = not frequently at all and 5 = very frequently (daily), how often do you experience each of the following symptoms within a month?

ONE SINGLE OPTION PER SYMPTOM

	Frequency				
	1 - Not frequently at all	2 - Slightly frequently	3 - Neither rare nor often	4 - Moderately frequently	5 - Very frequently
Dyspnea / short breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cough / Phlegm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clenching / Chest Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Night awakenings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. On a scale of 1-5, where 1 = not controlled at all, and 5 = very controlled, what is the level of your asthma control?

ONLY A SINGLE OPTION

	1- Not controlled at all	2 - Poorly controlled	3 - Somewhat controlled	4 - Well controlled	5 - Completely controlled
Asthma control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. On a scale of 1-5, where 1 = not significant at all, and 5 = very significant, rate the significance of each of the following activities in controlling your asthma.

ONE SINGLE OPTION PER ACTIVITY

	Significance				
	1- Not significant at all	2 - Slightly significant	3 - Neither significant nor insignificant	4 - Moderately significant	5- Very significant
Reduce relief treatment when I am not feeling well	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduce or discontinue corticosteroids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduce my exacerbations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
To receive medication more sparsely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Please note the order of significance (from 1= most significant to 4=least significant) for each of the following. Mark 1 on the most significant, 2 on the next one, etc.

ONE SINGLE ANSWER PER LINE

	Order of significance
Take fewer asthma medications	_____
Better symptom control	_____
Better control of crises	_____
No need to always carry medications with me	_____

Healthcare professional assessment

13. Did you experience any changes in the communication with your doctor during the COVID pandemic?

ONE SINGLE OPTION

I communicate much less than before	1
I communicate less than before	2
I communicate the same as before	3
I communicate more than before	4
I communicate much more than before	5

14. Have you ever used telemedicine? i.e., remote sessions with your doctor either by phone or electronically (e.g., monitoring the progression of the disease, examination of symptoms, completion of questionnaires, etc.;) **TELEMEDICINE:** remote diagnosis and treatment of patients by means of telecommunications technology

Yes	1
No	2

15. Would you be interested in trying Telemedicine?

Yes	1
No	2

Disease Awareness and Clinical Studies

16. Which of the following resources do you use to find information about severe asthma?

CHOOSE WHAT APPLIES – MULTIPLE OPTIONS

Websites (Hospital or Doctor's website)	1
Brochures or other printed material	2
Attending doctor	3
Other HCPs (hospital staff, nurses, another doctor)	4
Internet search engine (e.g. Google)	5
YouTube	6
Friends / Family	7
Other	8
None of the above	9

17. Do you have enough information about the different available treatments for asthma?

ONE SINGLE OPTION

I have a lot of information	1
I have adequate	2

I neither do nor do not have	3
I do not have enough	4
I do not have any	5
I do not want/need information	6

18. Do you have enough information about patient support programs?

ONE SINGLE OPTION

I have a lot of information	1
I have adequate	2
I neither do nor do not have	3
I do not have enough	4
I do not have any	5
I do not want/need information	6

19. On a scale of 1-5, where 1 = not at all informed and 5 = very informed, what is your level of awareness of clinical trials related to severe asthma?

ONE SINGLE OPTION

	1 - not at all informed	2 - A little	3 - Neither - nor	4 - Adequately	5 - Very informed
Awareness on clinical trials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Have you ever participated in a clinical trial for your asthma?

Yes	1
No	2
Do not know/do not answer (N/A)	3

21. How would you describe your experience with the clinical trial?

ONE SINGLE OPTION

Very positive	1
Pretty positive	2
Neutral	3
Quite negative	4
Very negative	5

22. Did you get informed about the results of the trial?

Yes	1
No	2
Do not know/do not answer (N/A)	3

23. Would you like to participate in a future clinical trial on asthma?

Yes	1
No	2

Do not know/do not answer (N/A)	3
---------------------------------	---

If not, → why? *List in the margin below the reasons for which you would not like to participate in a future clinical trial*

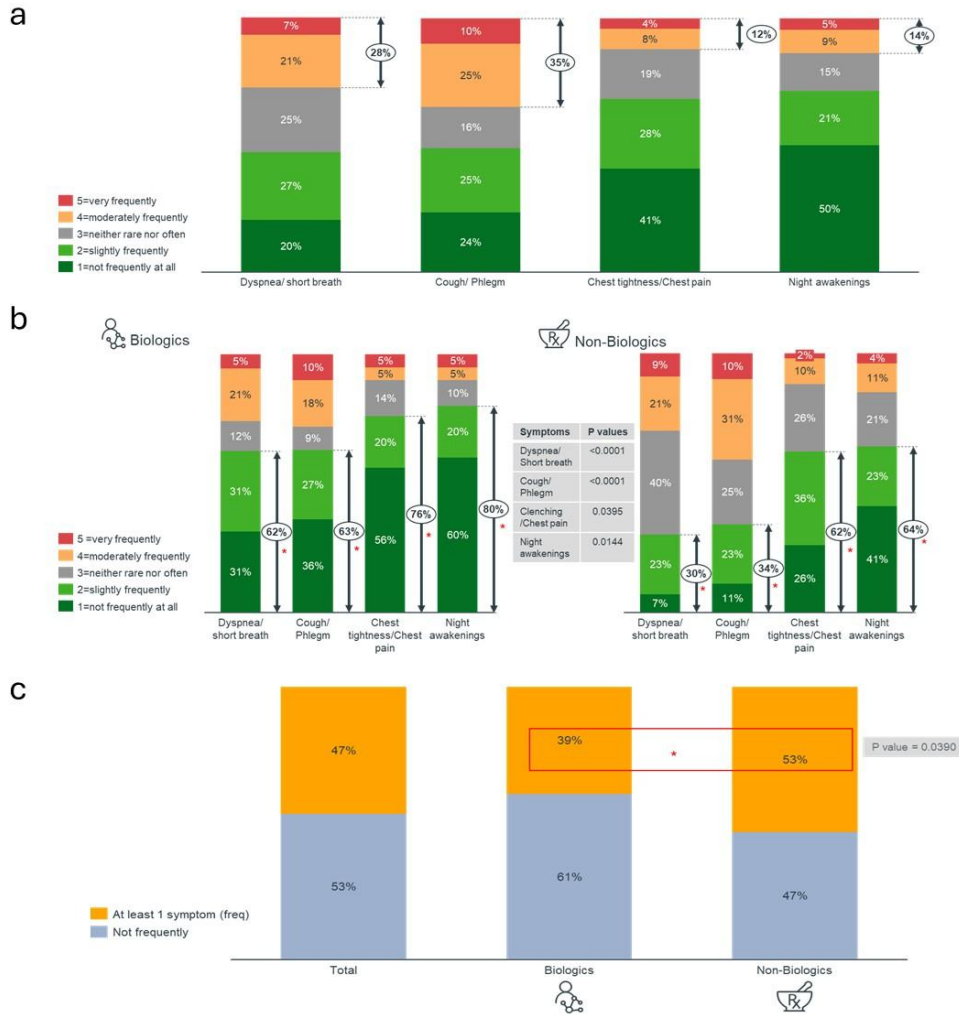
ALL

24. What kind of therapeutic benefits do you expect from a new asthma treatment? Please answer as thoroughly as you can. *List your expectations in the margin below.*

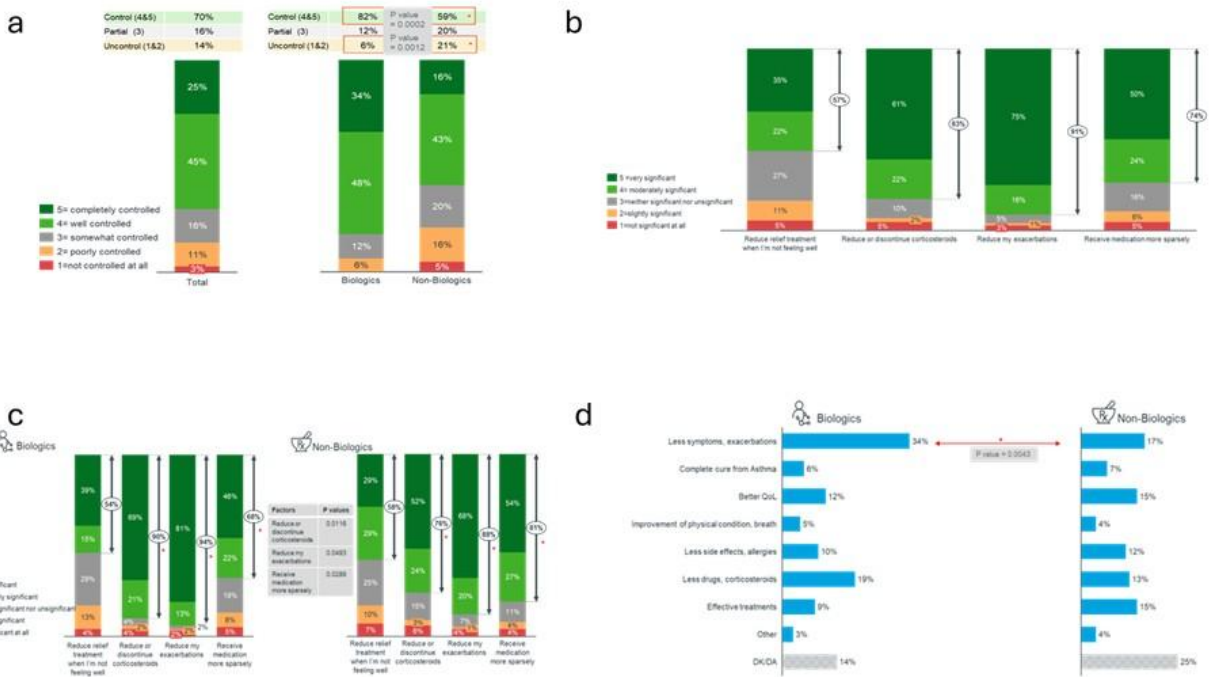
Thank you warmly for your participation

Supplementary Figures

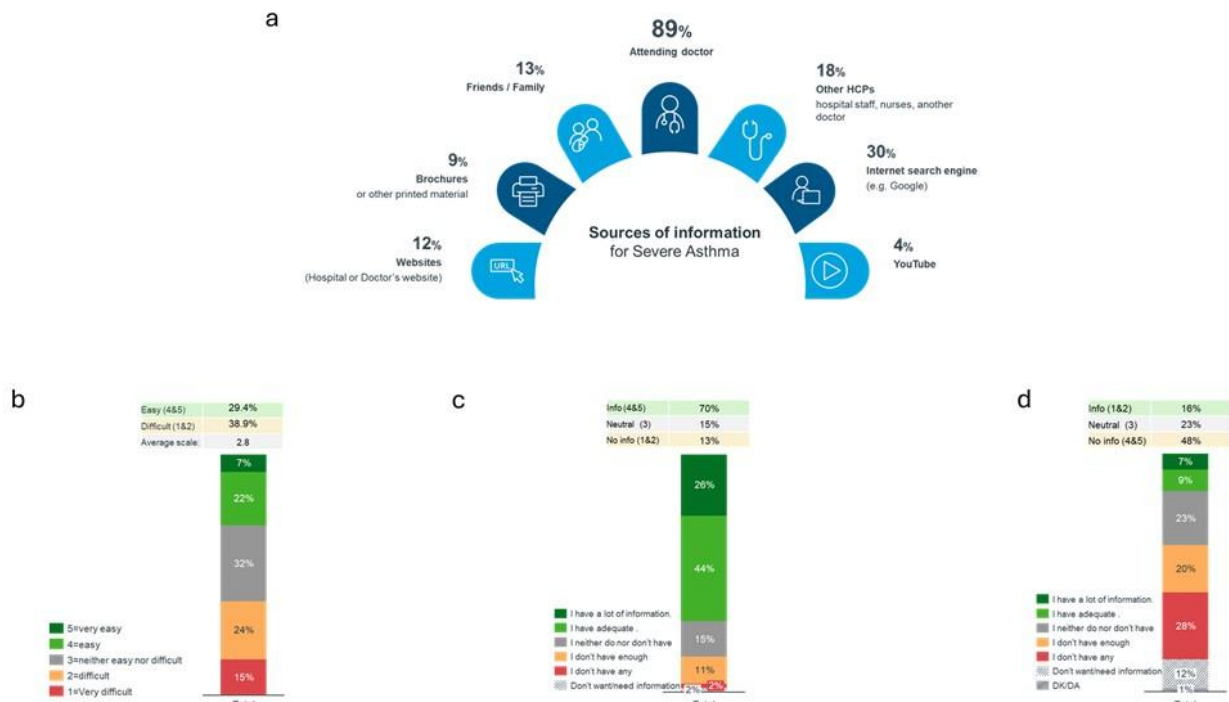
Supplementary Figure 1. Frequency of SA symptoms in (a) total patients and (b) patients on biologic treatment vs. patients not on biologic treatment. Rate on a scale from 1-5, where 1 = not frequently at all and 5 = very frequently. (c) Frequency of experience of at least one symptom in a month by severe asthma patients



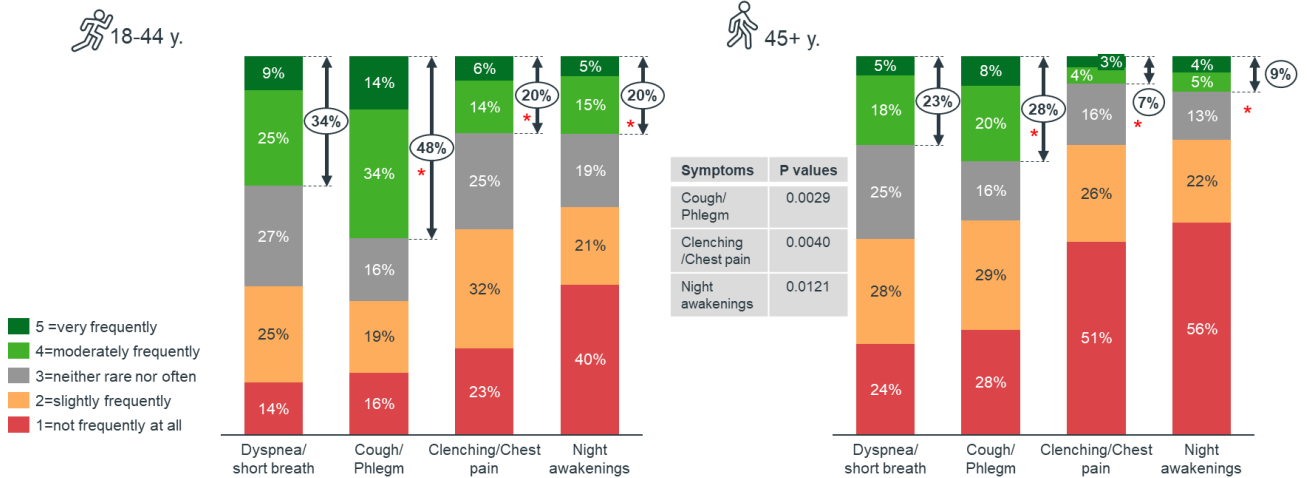
Supplementary Figure 2. Level and significance of factors affecting SA control. (a) Level of SA control in total patients (left), and patient groups split by treatment (right). Factor significance for SA control in (b) total patients, and (c) patients on biologic treatment vs. not on biologic treatment. (d) Anticipated therapeutic benefits from a new treatment in patients on biologic treatment vs. not on biologic treatment.



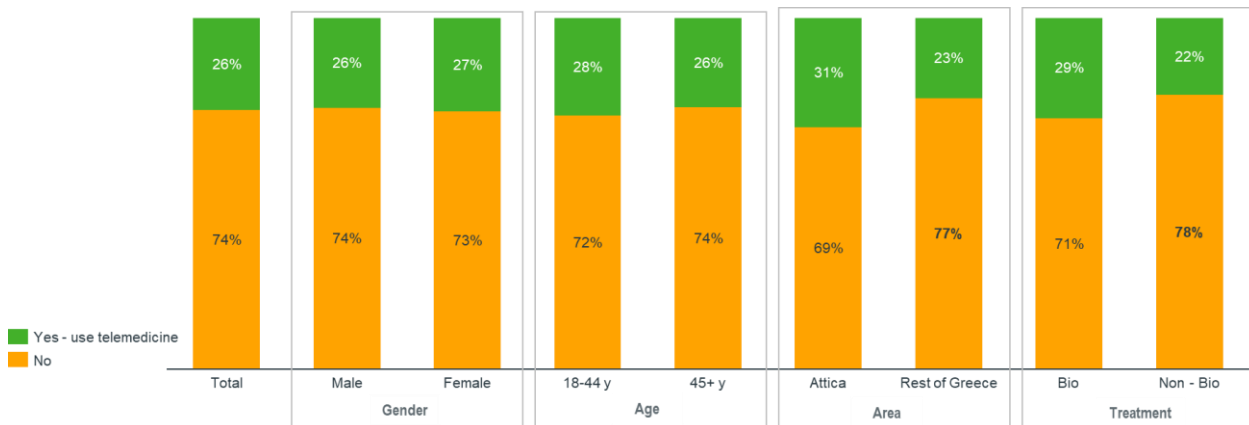
Supplementary Figure 3. Awareness about SA in all patients. (a) Sources of information about SA. (b) Difficulty in finding the appropriate doctor. Rated on a scale from 1-5 where 1=very difficult and 5 = very easy. Adequacy of information about (c) SA and (d) patient support programs.



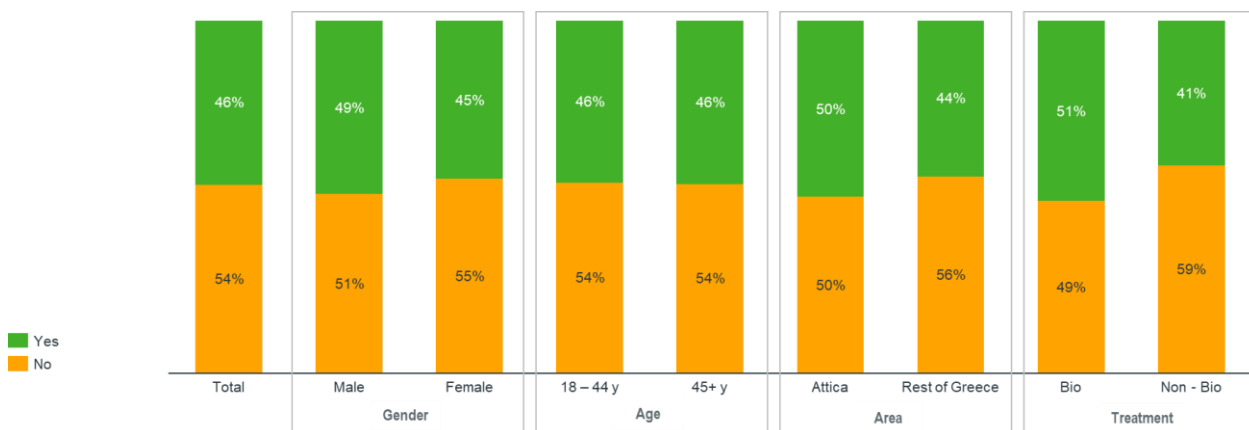
Supplementary Figure 4. Frequency of symptoms – split by age. Rate on a scale from 1 - 5, where 1 = not frequently at all and 5 = very frequently.



Supplementary Figure 5. Use of telemedicine



Supplementary Figure 6. Intention to try telemedicine

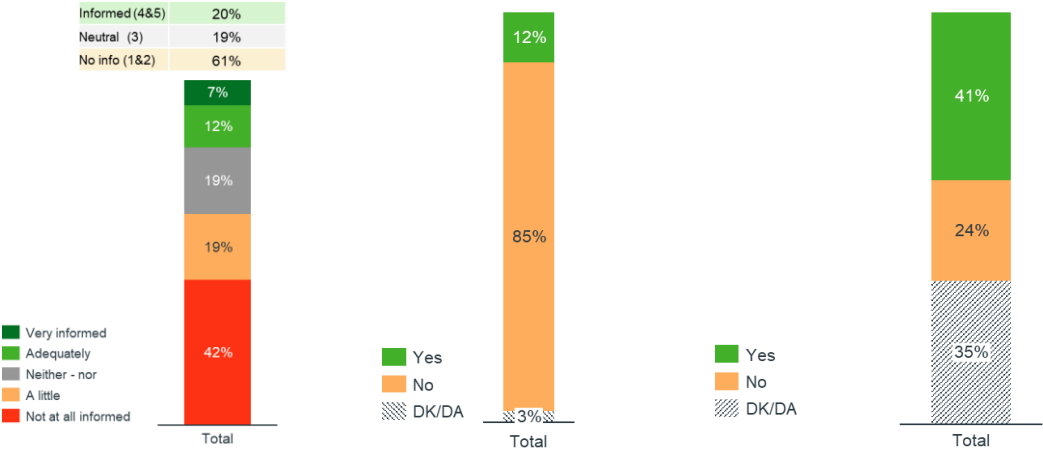


a.

b.

c.

Supplementary Figure 7. Perception of severe asthma patients on clinical trials. (a) Awareness, (b) participation and (c) intention to participate in a SA clinical trial.



© 2025 Samitas K. et al.