

10. Coniuge/Convivente

Nome _____

Cognome _____

11. Figli No Si

Se SI, 11.1. N° figli |__|__|

11.2 Figlio 1 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.3 Figlio 2 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.4 Figlio 3 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.5 Figlio 4 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.6 Figlio 5 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.7 Figlio 6 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.8 Figlio 7 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.9 Figlio 8 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.10 Figlio 9 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

11.11 Figlio 10 (nome e cognome)

Nome _____

Cognome _____

12 Residenza:

Indirizzo _____
Comune _____
Provincia _____
CAP _____

13 Domicilio (SOLO se diverso da residenza)

Indirizzo _____
Comune _____
Provincia _____
CAP _____

14. Data compilazione |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

15. Medico Curante (nome e cognome)

Nome _____
Cognome _____

Sezione 2. La famiglia e la casa

16. Da quanto tempo abita all'attuale indirizzo? |__|__| anni

17. Ha abitato sempre a questo indirizzo?

- Si
- No

Se NO,

17.1 Indicare l'indirizzo precedente di maggiore durata

Indirizzo _____
Comune _____
Provincia _____
CAP _____

17.2

DA _____/_____ (mm/aa)

A _____/_____ (mm/aa)

18. Quante persone vivono nella sua abitazione?

|__|__| numero di persone compresa lei

19. Abitualmente, quanto spesso tiene aperte le finestre di casa al giorno?

	In estate	In inverno
a. Quasi sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Almeno una volta al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Occasionalmente/ogni tanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. All'interno della sua abitazione è presente un camino o una stufa a legna per il riscaldamento domestico?

- Sì
- No

21. Quale sistema viene generalmente usato per cucinare (piano cottura)?

- Gas
- Elettricità
- Legna o carbone
- Altro (*specificare*) _____

22. Quale sistema di raffreddamento usa nella sua casa?

- Impianto di condizionamento
- Ventilatore
- Nessuno

23. Ha animali da cortile o da allevamento?

- Sì
- No

Se Sì,

23.1 Quali e quanti dei seguenti animali ha?

	N.
Galline/polli	_ _
Papere	_ _
Bovini	_ _
Ovini	_ _
Cavalli	_ _
Suini	_ _
Altro	_ _ (specificare) _____

23. Utilizza terreni sulle aree ripariali del fiume Sacco?

- No
- Si a <100 mt dal fiume
- Si a 100-300 mt dal fiume
- Si a >300 mt dal fiume

23.1 Per cosa utilizza questi terreni?

	No	Si
Coltivazione foraggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coltivazione di alimenti (frutta e verdura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pascolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(specificare) _____		

24. Possiede un pozzo privato?

- No
- Sì a <100 mt
- Sì a 100-500 mt
- Sì a >500 mt

24.1 Attualmente utilizza l'acqua per:

	No	Si, qualche volta	Si, spesso/sempre
Lavarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrigare orto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrigare terreno adibito pascolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrigare terreno per foraggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abbeverare animali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione 3. Scolarità e attività lavorativa

25. Qual è il suo titolo di studio?

- Non ha titoli di studio
- Licenza elementare
- Diploma di scuola media inferiore o avviamento professionale
- Diploma di scuola media superiore
- Laurea/diploma universitario o altro titolo superiore
- Altro (*specificare*) _____

26. Attualmente qual è la sua condizione lavorativa?

- Occupato
- Pensionato
- Casalinga
- Disoccupato
- Studente
- Altro (*specificare*) _____

27. Ha lavorato o lavora attualmente nei seguenti settori o industrie?

	No	Si
Agricoltura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saldatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria molitoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria tessile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria calzature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria del legno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria chimica (sintetici, plastici, detergenti, conce, tinture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria meccanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gomma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materiale isolante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria mineraria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cave pietra, costruzioni stradali, scavo gallerie, cementifici, laterizi, vetrerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerigliatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impianti trattamento rifiuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione 4. Fumo e alcol

28. Ha mai fumato sigarette?

- No
 Sì, ma ha smesso da più di 6 mesi
 Sì, fuma ancora (o ha smesso da meno di 6 mesi)

28.1 In quale anno ha iniziato a fumare? |_|_|_|_|_|

28.2 Quante sigarette fumava o fuma in media al giorno? |_|_|

28.3 In quale anno ha smesso di fumare? |_|_|_|_|_|

29. Negli ultimi 30 giorni qualcuno ha mai fumato in casa, in automobile o al lavoro in sua presenza?

- No Sì

30. Quanto spesso consuma bevande alcoliche?

- Tutti i giorni della settimana o quasi
 Non tutti i giorni della settimana
 Mai
 Non sa / non ricorda

|_|_| Unità di bevande alcoliche **a settimana**

per unità alcolica si intende: un bicchiere di vino; una lattina di birra; un bicchierino di liquore

|_|_| Numero unità di bevande alcoliche **al mese**

30.1

Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, quante volte in un mese le capitata di bere 5 o più unità in una unica occasione?

Indicare il numero

|_|_|

Mai

Non so / non ricordo

Sezione 5. Alimentazione

31. Quanto spesso consuma i seguenti cibi a settimana?

Latte

Mai

Meno di 1 volta

1 volta

2-3 volte

4 volte o più

Tipo di produzione del latte

Propria*

Locale*

Commerciale

Non so

() aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)*

Yogurt

Mai

Meno di 1 volta

1 volta

2-3 volte

4 volte o più

Tipo di produzione dello yogurt

Propria*

Locale*

Commerciale

Non so

() aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)*

Formaggio

Mai

Meno di 1 volta

1 volta

2-3 volte

4 volte o più

Tipo di produzione del formaggio

Propria*

Locale*

Commerciale

Non so

() aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)*

Burro

Mai

Meno di 1 volta

1 volta

2-3 volte

4 volte o più

Tipo di produzione del burro

Propria*

Locale*

Commerciale

Non so

() aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)*

Pollo/tacchino

Mai

Meno di 1 volta

1 volta

2-3 volte

4 volte o più

Tipo di produzione del pollo/tacchino

Propria*

Locale*

Commerciale

Non so

() aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)*

Carne ovina

Mai

Meno di 1 volta

1 volta

2-3 volte

4 volte o più

Tipo di produzione della carne ovina

Propria*

Locale*

Commerciale

Non so

() aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)*

Carne bovina

Mai

Meno di 1 volta

1 volta

2-3 volte

4 volte o più

Tipo di produzione della carne bovina

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Carne di maiale

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione della carne di maiale

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Carne di coniglio

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione della carne di coniglio

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Altre carni

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione delle altre carni

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Insaccati o salumi di maiale

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione degli insaccati o salumi di maiale

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Fegato/Frattaglie

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione del fegato/frattaglie

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Pesce di acqua dolce

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione del pesce

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Uova

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione delle uova

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Verdure fresche

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione delle verdure fresche

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Verdure cotte

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione delle verdure cotte

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

Frutta

- Mai
- Meno di 1 volta
- 1 volta
- 2-3 volte
- 4 volte o più

Tipo di produzione della frutta

- Propria*
- Locale*
- Commerciale
- Non so

(*) aree ripariali del fiume Sacco (entro 1 km)

32. Che tipo di acqua beve abitualmente in casa? (è possibile fornire più di una risposta)

- Acquedotto pubblico (rubinetto, fontanelle comunali)
- Pozzo privato
- Acqua confezionata
- Altro specificare) _____

33. Che tipo di acqua utilizza solitamente per cucinare? (è possibile più di una risposta)

- Acquedotto pubblico (rubinetto, fontanelle comunali)
- Pozzo privato

- Acqua confezionata
- Altro (specificare) _____

Sezione 6. Attività fisica

Attività fisica sul lavoro

34. Nell'ultimo anno ha svolto un'attività lavorativa?

- No
- Sì

34.1 L'attività lavorativa in questione, che tipo di sforzo prevede?

- prevalentemente svolge un lavoro pesante che comporta un *notevole sforzo fisico* (manovale, agricoltore, muratore)
- prevalentemente cammina o svolge lavori che comportano uno *sforzo fisico moderato* (operaio in fabbrica, personale delle pulizie, cameriere)
- prevalentemente sta seduto o svolge un lavoro in piedi *senza sforzi fisici* (computer, macchina, lavori manuali)

Attività fisica nel tempo libero

35. Svolge regolarmente attività fisica, (es. correre o camminare velocemente, andare in bicicletta, nuoto, calcio, ginnastica aerobica, etc.)

- No
- Sì, 2 volte a settimana
- Sì, più di 2 volte a settimana

Sezione 7. La Salute

36. Le è mai stato detto da un medico o da un altro operatore sanitario che ha la pressione arteriosa elevata (ipertensione)?

- No
- Sì
- Non sa / Non ricorda

36.1 Se sì, è trattata con farmaci?

- No

- Si

37. Le è mai stato detto da un medico o da un altro operatore sanitario che ha il colesterolo alto?

- No
- Si
- Non sa / Non ricorda

38. Le è mai stato detto da un medico che lei soffre di angina pectoris?

- No
- Si
- Non sa / Non ricorda

39. In seguito ad un intenso dolore al petto, le è mai stata fatta diagnosi di infarto miocardico acuto, attacco cardiaco, attacco coronarico, ischemia miocardica?

- No
- Si
- Non sa / Non ricorda

40. Le è mai stato diagnosticato un infarto (anche in assenza di sintomi)?

- No
- Si
- Non sa / Non ricorda

41. Le hanno mai fatto diagnosi di emorragia cerebrale, trombosi cerebrale, ischemia cerebrale, paralisi?

- No
- Si
- Non sa / Non ricorda

42. Le hanno mai diagnosticato di soffrire di TIA (attacco ischemico transitorio)?

- No
- Si
- Non sa / Non ricorda

43. Le hanno mai diagnosticato altre tra le seguenti patologie cardiovascolari?

Patologia	No	Si	Non so
Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche croniche (valvolari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie ischemiche escluso infarto e angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuore polmonare cronico e patologie del circolo polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pericarditi non reumatiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditi non reumatiche e valvulopatie non reumatiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocarditi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie (ipertrofiche, dilatative etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasculopatia periferica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del ritmo e della conduzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro <i>specificare</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Le hanno mai diagnosticato il diabete?

- No
- Si
- Non sa / Non ricorda

Se SI ,44.1 Se sì, è trattato con farmaci?

- No
- Si, insulina
- Si, altri farmaci

45. Le hanno mai diagnosticato dei problemi alla tiroide?

- No
- Si

45.1 Se SI, quali tra i seguenti disturbi?

	No	Si	Non so
Morbo o malattia di Graves (o Basedow, o Graves-Basedow)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gozzo (multi-) nodulare tossico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbo o malattia o sindrome di Plummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenoma tossico singolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperitiroidismo (con o senza specificazione diagnostica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gozzo nodulare associato a m. di Graves (o Basedow, o Graves-Basedow)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma tiroideo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gozzo eutiroideo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroidite (non specificata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipotiroidismo (non specificato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodulo tiroideo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroidite autoimmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome del T3 basso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (Specificare)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45.2 A causa dei precedenti disturbi alla tiroide attualmente prende dei farmaci?

- No
 Si

46. Un medico le ha mai fatto una delle seguenti diagnosi?

(barrare sempre sì o no e rispondere sì solo se la diagnosi è stata fatta da un medico)

	No	Si	Non so
Malattie respiratorie croniche			
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie neurologiche			
Demenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattia di Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropatie periferiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi psichici			
Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie			
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie del fegato (incluso epatite A,B,C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore benigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie autoimmuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinite allergica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatite atopica/eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra patologia (specificare)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Ha avuto variazioni del peso (almeno 10 Kg) negli ultimi 10 anni?

- No
 Sì, aumento
 Sì, diminuzione

48. Qual è il suo peso attuale? |_|_|_| Kg

49. Qual è la sua altezza? |_|_|_| Cm

Sezione 8. Storia riproduttiva

PER GLI UOMINI

50. Le è mai stato diagnosticato un problema di sterilità o infertilità?

- No
 Sì

PER LE DONNE

50. È in menopausa attualmente?

- No
- Sì

51. Ha mai avuto difficoltà a rimanere incinta?

- No
- Non ha mai provato a rimanere incinta
- Sì

51.1 Se sì, quale problema le è stato diagnosticato?

52. È in gravidanza attualmente?

- No
- Sì

53. Ha avuto gravidanze in passato?

- No
- Sì

53.1.1. Anno della prima gravidanza

53.1.2 Età gestazionale della prima gravidanza

53.1.3 Esito del parto (prima gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.1.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.1.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla prima?

- No
- Sì

53.2.1. Anno della seconda gravidanza

53.2.2 Età gestazionale della seconda gravidanza

53.2.3 Esito del parto (seconda gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.2.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.2.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla seconda?

- No
- Sì

53.3.1. Anno della terza gravidanza

53.3.2 Età gestazionale della terza gravidanza

53.3.3 Esito del parto (terza gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.3.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.3.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla terza?

- No
- Sì

53.4.1. Anno della quarta gravidanza

53.4.2 Età gestazionale della quarta gravidanza

53.4.3 Esito del parto (quarta gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.4.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.4.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla quarta?

- No
- Sì

53.5.1. Anno della quinta gravidanza

53.5.2 Età gestazionale della quinta gravidanza

55.5.3 Esito del parto (quinta gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.5.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.5.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla quinta?

- No
- Sì

53.6.1. Anno della sesta gravidanza

53.6.2 Età gestazionale della sesta gravidanza

53.6.3 Esito del parto (sesta gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.6.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.6.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla sesta?

- No
- Sì

53.7.1. Anno della settima gravidanza

53.7.2 Età gestazionale della settima gravidanza

53.7.3 Esito del parto (settima gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.7.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.7.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla settima?

- No
- Sì

53.8.1. Anno della ottava gravidanza

53.8.2 Età gestazionale della ottava gravidanza

53.8.3 Esito del parto (ottava gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.8.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.8.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla ottava?

- No
- Sì

53.9.1 Anno della nona gravidanza

53.9.2 Età gestazionale della nona gravidanza

53.9.3 Esito del parto (nona gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.9.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

53.9.4. Ha avuto altre gravidanze successivamente alla nona?

- No
- Sì

53.10.1 Anno della decima gravidanza

53.10.2 Età gestazionale della decima gravidanza

53.10.3 Esito del parto (decima gravidanza)

- Nato vivo
- Aborto spontaneo
- IVG
- Aborto terapeutico
- Nato morto
- Morto entro 7 giorni
- Malformazioni congenite

53.10.3.1. Specificare le malformazioni congenite_____

Sezione 9. Allattamento

54. Ha allattato al seno?

- No
- Sì

- Sto allattando

54.1. Quanto tempo è passato dall'ultima volta che ha allattato?

- Mesi
 Anni

SE MESI

Quanti mesi esattamente? |_|_| mesi

SE ANNI

Quanti mesi esattamente? |_|_| anni

54.2 Per quanto tempo ha allattato suo figlio?

(Se ha più figli consideri il Figlio più giovane) |_|_| mesi

Sezione 10. Il Covid-19

55. Dall'inizio della pandemia (febbraio 2020) è mai risultato positivo al SARS-CoV-2?

- No
 Sì

55.1 Se sì, quante volte? |_|_|

55.2 Ha avuto sintomi?

- No
 Sì

55.2.2 Se Sì, quali sintomi ha avuto?

- Febbre tra 37-37.5° C
 Febbre > 37.5° C
 Tosse
 Mal di gola
 Congestione nasale
 Difficoltà respiratoria
 Dolori muscolari
 Nausea, vomito
 Perdita di gusto e/o olfatto

- Congiuntivite/dolore oculare
- Diarrea
- Cefalea
- Stanchezza
- Malessere generale

55.3 Un medico le ha mai diagnosticato sintomi o manifestazioni cliniche di lunga durata legati al coronavirus (long covid)?

" Sintomi o manifestazioni cliniche di lunga durata in seguito all'infezione da SARS-CoV-2 sono considerati stanchezza, tosse, mancanza di respiro, oppressione toracica, perdita di senso dell'olfatto, depressione e ansia, diarrea, mal di testa e dolori articolari."

- No
- Sì
- Non sa / non ricorda

55.3.1 Se Sì, ha limitato le sue attività quotidiane in qualche modo?

- No
- Sì

55.4 È mai andato al Pronto Soccorso per Covid-19?

- No
- Sì

55.5 È mai stato ricoverato per Covid-19?

- No
- Sì

56. È stato vaccinato contro il Covid-19?

- No
- Sì due dosi
- Sì tre dosi
- Sì quattro dosi
- Sì cinque dosi

56.1 Quando ha fatto l'ultima dose di vaccino?

- Nell'ultimo mese
- 2-3 mesi fa

- 4 mesi fa o più

Sezione 11. Percezione del rischio

57. Ritieni che esistano rischi per la salute provocati da inquinamento nell'area in cui vivi?

- No
 Sì
 Non so

58. Si ritiene sufficientemente informato sui rischi che esistono nell'area in cui vivi?

- No
 Sì

59. Normalmente a chi fa riferimento per informarsi sui rischi a cui è esposto?

- Mezzi di comunicazione nazionali o locali (TV, giornali, radio)
 Enti locali (Comune, Provincia...)
 Politici locali (Rappresentanti istituzioni locali, consiglieri comunali...)
 Prefettura o altre istituzioni (ad es. Protezione Civile, pompieri, forze dell'ordine)
 Organizzazioni sanitarie e personale medico (ASL, ospedale...)
 Scienziati (esperti, ingegneri...)
 Associazioni locali di cittadini, consumatori e ambientaliste
 Dirigenza di industrie
 Organizzazioni sindacali e di categoria, lavoratori delle fabbriche
 Internet e social media
 Parrocchia
 Familiari, amici, colleghi, conoscenti
 Altro (Specificare)_____

60. Come giudica la situazione ambientale del comune in cui vivi?

- Ottima
 Accettabile
 Grave ma risolvibile
 Grave e irreversibile

Non so

Sezione 12. Misurazioni antropometriche

61. Data delle rilevazioni

gg/mm/aaaa

62. Ora delle rilevazioni

Pressione arteriosa

63. 1° misurazione (dopo 10 min di riposo)

Minima

Massima

64. 2° misurazione (dopo 1 minuto)

Minima

Massima

65. 3° misurazione (dopo 1 minuto)

Minima

Massima

Esame obiettivo generale

66. Peso (P)

Kg

67. Altezza (H)

Metri

68. BMI

$P / (H * H)$

69. Circonferenza della vita

cm

70. Circonferenza dei fianchi

cm

71. Rapporto vita/fianchi

Altro

72. Abbigliamento

Maglietta intima

No

Sì

Maglietta/Camicia maniche lunghe

No

Sì

Maglietta/Camicia maniche corte

No

Sì

Jeans lunghi

No

Sì

Jeans corti

No

Sì

Pantaloni lunghi/tuta invernali

No

Sì

Pantaloni lunghi/tuta estivi

No

Sì

Pantaloni corti

No

Sì

Gonna stoffa

No

Sì

Gonna jeans

No

Sì

Vestito leggero estivo

No

Sì

Vestito pesante invernale

No

Sì

Calzini/Calze

No

Sì

Collant di lana

No

Sì

73. Note/Osservazioni
