

Questionario esposizioni recenti da auto compilare

da consegnare il giorno stesso dell'appuntamento e da autocompilare in occasione della raccolta delle urine; il questionario indaga possibili recenti esposizioni a IPA che possono avere breve emivita;

Progetto ABC (Ambiente e Biomonitoraggio nell'area di Civitavecchia)



QUESTIONARIO

Numero di identificazione del soggetto |_|_|_|_|_|

Cognome

.....

Nome

.....

Allegato 2: Questionario

Id _____ (a cura del personale)

Da compilare a casa la sera precedente la visita con la massima accuratezza, solo le domande contrassegnate da asterisco devono essere compilate durante la visita. Per qualsiasi dubbio sulle domande potrà rivolgersi al nostro personale in ambulatorio

1) Nell'ultima settimana ha soggiornato fuori dai comuni di Allumiere Civitavecchia, Santa Marinella, Tolfa?

SE Sì, per quanti giorni? [_____]

Dove _____

Sì No

2) Con quale frequenza consuma in un anno cibi e/o carne alla brace ?

☐ tutte le settimane☐ da 1 a 3 volte al mese☐ meno di una volta al mese☐ mai

3) Ha consumato i seguenti cibi nell'ultima settimana e/o nelle ultime 24 ore?

	negli ultimi 7 giorni	nelle ultime 24 ore	Se si quante volte nell'ultima settimana
Tonno a tranci	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Tonno in scatola	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Altri tipi di pesce (sia freschi sia surgelati) ad esclusione dei molluschi	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Molluschi, crostacei	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Vongole, cozze	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Ostriche	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Rene (rognoni)	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Fegato	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Carne	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Salumi	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Carne cotta alla brace	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Cibi cotti alla brace	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Cibi fritti	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Cibo in scatola (escluso tonno)	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Vegetali foglie verdi	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Prezzemolo	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Funghi	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Pizza forno a legna	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Riso integrale	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Legumi	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Alimenti integrali (quantifichi pane, pasta e altri prodotti contenenti farina integrale)	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Formaggio	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Frutta secca (noci, nocciole etc...)	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	
Selvaggina	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐	

SE di produzione propria, indicare il luogo di provenienza

..... (comune, via e civico)

Se di provenienza locale (contadino) mi può/sa dire l'indirizzo?

Se noto..... (comune, via e civico)

4) Ha consumato le seguenti bevande nell'ultima settimana e/o nelle ultime 24 ore?

Nell'indicare la frequenza di assunzione consideri le unità delle bevande segnalate

Bevande e relative unità	Negli ultimi 7 giorni		nelle ultime 24 ore		Se sì, quante volte al giorno nell'ultima settimana	Se meno di 1 unità giornaliera, indicare il N° di unità settimanali
Caffè (unità=tazzina)	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		
Te (unità=tazza)	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		
Vino (unità=bicchiere)	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		
Acqua dal rubinetto filtrata	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		
Acqua dal rubinetto non filtrata	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		
Latte (unità=bicchiere)	Si ☐	No ☐	Si ☐	No ☐		

5) Indicare se nell'ultima settimana ha assunto farmaci (tradizionali e/o da erborista), integratori, pomate, utilizzato dentifrici in tubo di latta, se ha subito anestesia del dentista o radiografie o esami, barrando le caselle sì/no e nel caso inserendo il nome della sostanza assunta e la frequenza di assunzione se richiesto. Indicare "SI" se ha assunto almeno una sostanze di quelle richieste in casella.

Nome della sostanza	ultimi 7 giorni	Quante volte nell'ultima settimana	Quante volte al giorno nell'ultima settimana
Farmaci (no pomate) sia tradizionali sia di erboristeria (indicare nomi)	Si ☐ No ☐		
1_____		1_____	1_____
2_____		2_____	2_____
3_____		3_____	3_____
4_____		4_____	4_____
5_____		5_____	5_____
6_____		6_____	6_____
7_____		7_____	7_____
8_____		8_____	8_____
9_____		9_____	9_____
10_____		10_____	10_____

Nome della sostanza	ultimi 7 giorni	Quante volte nell'ultima settimana	Quante volte al giorno nell'ultima settimana
Integratori (indicare nomi)	Si ☐ No ☐		
1 _____		1 _____	1 _____
2 _____		2 _____	2 _____
3 _____		3 _____	3 _____
4 _____		4 _____	4 _____
Pomate (indicare nomi)	Si ☐ No ☐		
1 _____		1 _____	1 _____
2 _____		2 _____	2 _____
3 _____		3 _____	3 _____
Anestesia dentista	Si ☐ No ☐	/	/
Esami:	Si ☐ No ☐		
1 Radiografia			
2 Esami con mezzo di contrasto		/	/
3 Risonanza magnetica			
4 Catetere			
Dentifrici in tubo di latta	Si ☐ No ☐	_____	_____

6) Nel suo ambiente di lavoro è stato esposto a queste sostanze nell'ultima settimana (sono possibili più risposte):

- ☐ Polveri
☐ Fumi
☐ Radiazioni (Rx, gamma ecc.) quali: _____
☐ Solventi e vernici (benzene, Xilene ecc.) quali: _____
☐ agenti chimici diversi dai precedenti _____
☐ altro: _____
☐ niente in particolare o di noto

7) Ad esclusione del suo lavoro, nell'ultima settimana, ha fatto uso regolarmente dei seguenti prodotti?

Prodotti	Se sì, quante volte nella settimana	Se sì, per quanti minuti in totale nella settimana
Smacchiatori Si ☐ No ☐		
Vernici/inchiostri/colori Si ☐ No ☐		
Colle/mastici Si ☐ No ☐		
Solventi/sverniciatori Si ☐ No ☐		
Benzine/catrame Si ☐ No ☐		
Pesticidi /insetticidi Si ☐ No ☐		
Fotocopiatrice/stampante Si ☐ No ☐		
Altre sostanze chimiche specificare		

8) Ha utilizzato nell'ultima settimana

il camino a legna Si ☐ No ☐
 la stufa a legna o carbone Si ☐ No ☐

FUMO

9) Lei attualmente fuma? Si ☐ No ☐

SE si continuare SE no andare alla domanda 13

10) Quale prodotti ha fumato nell'ultima settimana e in quali quantità?

☐ sigarette numero per settimana
☐ sigari numero per settimana
☐ pipa numero fornelli per settimana

11) Se ha fumato sigarette, che tipo di sigarette ha fumato?

☐ con filtro ☐ senza filtro ☐ entrambi Nome commerciale delle sigarette.....

12) In quali ambienti ha fumato nell'ultima settimana ?

☐ solo luoghi aperti
☐ solo luoghi chiusi
☐ entrambi

13) Lei convive con fumatori?

☐ Sì, e fumano in mia presenza/in casa
☐ Sì, ma non fumano in mia presenza/in casa
☐ No

14) Lei lavora nella stessa stanza con fumatori?

☐ Sì, e fumano in mia presenza/stanza
☐ Sì, ma non fumano in mia presenza/stanza
☐ No

15) Lei ritiene di essere stato esposto a fumo passivo quotidianamente nell'ultima settimana?

- ☐ Sì ☐ No (**SE sí continuare SE no FINE del QUESTIONARIO**)

16) Nell'ultima settimana per quanti giorni è stato esposto a fumo passivo? _____

17) Nell'ultima settimana per quante ore al giorno è stato esposto a fumo passivo? _____

18) Nell'ultima settimana a quale tipo di fumo passivo è stato esposto (può indicare più risposte)?

- ☐ da sigaretta ☐ da sigaro ☐ da pipa

19) Nell'ultima settimana in quali luoghi è stato esposto a fumo passivo?

- ☐ casa propria
☐ lavoro
☐ tempo libero (locali, da amici, ecc.)
☐ auto

20) Nell'ultima settimana è stato esposto a fumo passivo in luoghi aperti o chiusi?

- ☐ aperti
☐ chiusi
☐ entrambi

Attenzione!!! Le domande seguenti sono da compilare a cura del personale in ambulatorio

*1) Consideri ora l'orario in cui ha raccolto le urine: mi dice quando -rispetto a quel momento- ha fumato l'ultima volta?

- ☐ meno di 2 ore prima della raccolta
☐ tra 2 e 6 ore prima della raccolta
☐ tra 6 e 12 prima della raccolta
☐ tra 12 e 24 prima della raccolta
☐ più di 24 prima della raccolta

* 2) Consideri ora l'orario in cui ha raccolto le urine: mi dice quando -rispetto a quel momento- è stato esposto a fumo passivo?

- ☐ meno di 5 ore prima della raccolta
☐ tra 5 e 24 ore prima della raccolta
☐ non esposto