

Questionario informazioni anamnestiche, cliniche, di esposizione, comportamenti e stili di vita
Progetto ABC (Ambiente e Biomonitoraggio nell'area di Civitavecchia)



QUESTIONARIO

Data dell'esame

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

giorno mese anno

Numero di identificazione del soggetto

|_|_|_|_|

Cognome

Nome

Codice fiscale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sesso

M

F

Data di nascita

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

giorno mese anno

Comune di nascita

Comune di residenza

Codice ISTAT comune di residenza

|_|_|_|_|

Indirizzo.....

(scrivere via o piazza seguito dal nome e dal numero civico)

INFORMAZIONI GENERALI

1. QUALE E' IL SUO STATO CIVILE?

1. celibe/nubile
2. sposato/convivente
3. separato/divorziato
4. vedovo
5. altro

2. QUALE E' IL PIU' ELEVATO LIVELLO DI ISTRUZIONE DA LEI CONSEGUITO?

1. Nessun titolo di studio
2. Licenza elementare
3. Diploma scuola media inferiore
4. Diploma scuola media superiore
5. Laurea o titolo superiore
6. altro

3. IN TOTALE QUANTI SONO STATI GLI ANNI COMPLESSIVI DI STUDIO A TEMPO PIENO (escludere eventuali periodi di tirocinio/formazione pratica) |__|__|

4. Quale delle seguenti descrive meglio la sua ATTUALE CONDIZIONE LAVORATIVA (indicare una sola risposta)

1. Dipendente a tempo indeterminato
2. Dipendente a tempo determinato
3. Occupato con lavoro occasionale
4. Lavoro autonomo (imprenditore, libero professionista)
5. Disoccupato in cerca di nuova occupazione
6. Disoccupato in cerca di prima occupazione
7. Casalinga
8. In formazione / Studente
9. Pensionato
10. altro

5. Quale delle seguenti categorie meglio descrive il suo ATTUALE O PIU' RECENTE (se pensionato) PROFILO DI LAVORO (indicare una sola risposta)

- ✓ Alle dipendenze come (include persone con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o di collaborazione occasionale):
 1. Dirigente
 2. Direttivo/quadro/funziionario (incluso i docenti di scuola secondaria)
 3. Tecnico o impiegato ad alta/media qualificazione (es. analisti di dati, geometri, periti tecnici, impiegati amministrativi, infermieri, docenti di scuole materne ed elementari)
 4. Impiegato esecutivo (es. segretari, personale di sportello)
 5. Capo operaio, operaio specializzato
 6. Operaio generico, lavoratore manuale, personale ausiliario (es. braccianti, uscieri, commessi, camerieri)
- ✓ In modo autonomo come:
 1. Imprenditore
 2. Libero professionista
 3. Lavoratore in proprio (es. commercianti, artigiani, coadiuvanti e soci di cooperativa)
 4. altro

6. HA SEMPRE SVOLTO LO STESSO LAVORO?

sì ☐ no ☐

se ha svolto altri lavori, chiedere se ha mai lavorato in

- ✓ agricoltura, orticoltura, floricoltura, lavori forestali, silvicoltura..... ☐
 - se sì: ha mai utilizzato pesticidi? ☐ sì ☐ no ☐ non ricorda
- ✓ fonderie di prima fusione del ferro o dell'acciaio o di metalli non ferrosi..... ☐
- ✓ fonderie di seconda fusione..... ☐
- ✓ galvanica..... ☐
- ✓ saldatura, brasatura, saldo brasatura e taglio dei metalli..... ☐
- ✓ produzione di articoli in plastica..... ☐
- ✓ industria della gomma..... ☐
- ✓ produzione vernici ☐
- ✓ centrale termoelettrica..... ☐
- ✓ cementificio ☐
- ✓ porto..... ☐
- ✓ marittimo..... ☐

andare alla scheda di approfondimento

7. *se attualmente lavora in agricoltura, orticoltura, floricoltura, lavori forestali, silvicoltura, chiedere se:*

ha mai utilizzato pesticidi? ☐ sì ☐ no ☐ non sa

andare alla scheda di approfondimento, se attualmente lavora in:

- fonderie di prima fusione del ferro o dell'acciaio o di metalli non ferrosi;
- fonderie di seconda fusione
- galvanica
- saldatura, brasatura, saldo brasatura e taglio dei metalli

- produzione di articoli in plastica
- industria della gomma
- produzione vernici

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO

nome dell'azienda _____

attività o produzione dell'azienda _____

_____ (cod. industria) |__|__|__|__|__|

periodo attività nell'azienda da parte dell'intervistato/a |__|__|__|__| |__|__|__|__|

anno inizio

anno fine

descrizione mansione principale dell'intervistato/a _____

_____ (cod. occupazione) |__|__|__|__|__|

materiali o prodotti maneggiati _____

areazione adeguata nell'area di lavoro |__| sì |__| no |__| non sa/non ricorda

spazio di lavoro in comune con altre lavorazioni
|__| sì |__| no |__| non sa/non ricorda

uso indumenti e/o equipaggiamento protettivi |__| sì |__| no |__| non sa/non ricorda

se sì, descrizione _____

numero medio di ore passate ogni settimana sul posto di lavoro

|__|__|

utilizzo di oli per la produzione o la manutenzione di trasformatori o condensatori ☐ sì ☐ no ☐
non sa/non ricorda

se sì, descrizione di come maneggia/va l'olio _____

utilizzo di fonti di calore durante il lavoro, ad esempio: caldaie, forni, fornaci ☐ sì ☐ no ☐ non
ricorda

se sì, specificare il tipo di materiale trattato con queste fonti di calore e il periodo:

anno inizio anno fine

metallo..... sì ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

vetro sì ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

cemento..... sì ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

ceramiche sì ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

prodotti chimici sì ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

rifiuti da incenerire sì ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

altro specificare _____ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

ATTIVITA' FISICA ED ESPOSIZIONE INDOOR E OUTDOOR

8. CON QUALE FREQUENZA, PER DIVERTIMENTO PERSONALE/HOBBY, FA ESERCIZIO FISICO PER UN PERIODO DI ALMENO 30 MINUTI CONSECUTIVI (solo una X nella casella giusta)?

	a) Esercizio moderato quale camminata veloce, giardinaggio, nuoto, ginnastica leggera, ecc	b) Esercizio vigoroso come un allenamento in palestra, corsa, bicicletta pedalando veloce, ecc
1. Mai		
2. Non regolarmente		
3. 1-3 volte al mese		
4. 1-3 volte a settimana		
5. 4-6 volte a settimana		
6. Ogni giorno		
7. Altro.....		

9. QUANTO TEMPO TRASCORRE MEDIAMENTE ALL'APERTO OGNI GIORNO?

1. Meno di 1 ora
2. Tra 1 e 3 ore
3. Più di 3 ore

10. QUANTI MINUTI IN MEDIA AL GIORNO TRASCORRE IN MEZZO AL TRAFFICO?

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 1. In automobile | _ _ _ |
| 2. In moto/motorino/scooter | _ _ _ |
| 3. In bicicletta | _ _ _ |
| 4. A piedi | _ _ _ |
| 5. Con mezzi pubblici | _ _ _ |
| 6. Con altri mezzi | _ _ _ |

11. DA CHE ANNO ABITA NELLA SUA ATTUALE ABITAZIONE?

|_|_|_|_|

12. PRIMA DELL'ATTUALE RESIDENZA HA MAI ABITATO VICINO A:

- | | | | |
|---|---|------|-----|
| 1. Centrale TVN * | _ | anni | _ _ |
| 2. Centrale TVS* | _ | anni | _ _ |
| 3. Centrale Fiumaretta* | _ | anni | _ _ |
| 4. Cementificio* | _ | anni | _ _ |
| 5. Porto* | _ | anni | _ _ |
| 6. area ad intenso traffico veicolare** | _ | anni | _ _ |

*per vicinanza si intende "vivere a una distanza di meno di 2 Km dai siti citati"

**si intende "vivere in un'abitazione che si affaccia su strade statali, provinciali, tangenziali o grosse arterie urbane con spartitraffico"

13. LA VIA NELLA QUALE ABITA E' TRAFFICATA?

sì |_| no |_|

14. CHE TIPO DI RISCALDAMENTO UTILIZZA NELLA SUA ABITAZIONE (è possibile indicare più di una risposta)?

1. Riscaldamento centralizzato (caldaia esterna all'appartamento)
2. Riscaldamento autonomo
3. Camino a legna
4. Stufa a legna, a carbone, a kerosene

15. SE HA UN CAMINO, QUANTE VOLTE LO USA?

1. Mai o solo alcune volte l'anno
2. Solo nei periodi in cui il riscaldamento non è ancora acceso ma fa già fresco
3. Uno o due giorni a settimana d'inverso
4. Tutti i giorni o quasi, nei mesi freddi

QUESTIONARIO SUL FUMO

16. NELLA SUA VITA HA FUMATO SIGARETTE, SIGARI O PIPA PER UN PERIODO DI ALMENO UN ANNO? (SI significa almeno 1 sigaretta al giorno o 1 sigaro o 1 pipa alla settimana per 1 anno)

sì |__| no |__|

[Se "NO", andare alla domanda 20; se "SI" andare alla domanda 17]

17. A CHE ETÀ HA INIZIATO A FUMARE? |__|__|

18. ATTUALMENTE FUMA? (fino al mese scorso)

sì |__| no |__|

18A. SE ATTUALMENTE NON FUMA, A CHE ETÀ HA SMESSO DI FUMARE? |__|__|

19. IN MEDIA, QUANTO FUMA O FUMAVA?

1. Numero di SIGARETTE al giorno |__|__|
2. Numero di SIGARI al giorno |__|__|
3. Numero di PACCHETTI DI TABACCO DA FIUTO al giorno |__|__|

Segnare il numero di sigarette/ pipe/ sigari/ pacchetti di tabacco da fiuto consumato mediamente al giorno attualmente, o, se non fuma più, nel periodo che considera più rappresentativo della sua vita di fumatore. Se non fuma/fumava sigarette o pipe o sigari o tabacco da fiuto, scrivere zero, non lasciare in bianco.

fumo passivo

Questa sezione va compilata solo per coloro che attualmente non fumano o fumano occasionalmente

20. PER QUANTE ORE IN MEDIA OGNI GIORNO E' ESPOSTO AL FUMO ALTRUI IN MANIERA RAVVICINATA?

|__|__| ore di esposizione al fumo passivo

QUESTIONARIO SUL CONSUMO DI ALCOOL E CAFFÈ

21. QUANTO SPESSO CONSUMA BEVANDE ALCOLICHE? *(una unità di alcol equivale a un bicchiere di vino, una lattina di birra (33 cc)- o ad un bicchierino di superalcolico)*

1. Mai
2. Meno di una unità a settimana
3. Almeno una unità a settimana
4. 1-2 unità ogni giorno
5. almeno 3-5 unità al giorno
6. più di cinque unità al giorno

22. QUANTI CAFFÈ PRENDE IN MEDIA AL GIORNO? |__|__|

ABITUDINI ALIMENTARI

23. CONSUMA ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (*carne, uova, latte e derivati*) DI PRODUZIONE LOCALE ?

sì |__| no |__|

24. USA ALMENO PARZIALMENTE ORTAGGI E/O FRUTTA COLTIVATI IN ORTI LOCALI?

sì |__| no |__|

25. INDICARE GLI ALIMENTI CONSUMATI ABITUALMENTE:

	alla settimana	al mese	mai
- carne	__ __	__ __	__
- affettati ed insaccati	__ __	__ __	__
- carne cotta alla brace o arrostita	__ __	__ __	__
- selvaggina	__ __	__ __	__
- pesce (escluso crostacei e molluschi, salmone e pesce spada)	__ __	__ __	__
- crostacei e molluschi	__ __	__ __	__
- salmone	__ __	__ __	__
- pesce spada	__ __	__ __	__
- cibi cotti alla brace	__ __	__ __	__
- pizza cotta forno a legna	__ __	__ __	__
- alimenti integrali (pane, pasta, riso)	__ __	__ __	__
- latte intero (unità=bicchiere)	__ __	__ __	__
- latte scremato (unità=bicchiere)	__ __	__ __	__
- yogurt	__ __	__ __	__
- formaggi	__ __	__ __	__
- uova	__ __	__ __	__
- burro come condimento	__ __	__ __	__
- olio di oliva come condimento	__ __	__ __	__
- miele	__ __	__ __	__
- vegetali foglie verdi	__ __	__ __	__
- ortaggi	__ __	__ __	__
- Frutta fresca	__ __	__ __	__

26. CHE TIPO DI ACQUA BEVE ABITUALMENTE IN CASA?

1. di acquedotto pubblico
2. di pozzo privato
3. imbottigliata (minerale)

26A. se imbottigliata (minerale)

- Acqua 1 – Tipo.....
- Acqua2 – Tipo.....
- Acqua3 – Tipo.....

27. CHE TIPO DI ACQUA UTILIZZA ABITUALMENTE PER CUCINARE?

1. di acquedotto pubblico
2. di pozzo privato
3. imbottigliata (minerale)

27A. se imbottigliata (minerale)

- Acqua 1 – Tipo.....
- Acqua2 – Tipo.....
- Acqua3 – Tipo.....

28. QUANDO MANGIA FUORI CASA IL CIBO LE SEMBRA DI SOLITO

1. insipido
2. normale
3. salato

29. LEI DI SOLITO A TAVOLA AGGIUNGE SALE AGLI ALIMENTI?

1. No, mai
2. Sì, qualche volta
3. Sì, quasi sempre dopo aver assaggiato
4. Sì, quasi sempre prima di assaggiare

STATO DI SALUTE

MALATTIE

30. LE È MAI STATA DIAGNOSTICATA UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI?

1. Pressione arteriosa alta |__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
2. Colesterolo alto|__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
3. Angina pectoris|__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
4. Aritmia cardiaca|__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
5. Infarto miocardico|__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
6. Ictus|__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
7. Parkinson |__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
8. Alzheimer |__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|
9. Cirrosi epatica |__|
 anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

10. Diabete |__|
anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

11. Asma |__|
anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

12. Bronchite cronica/Enfisema|__|
anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

13. Malattie Renali |__|
anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

14. Altro1.....|__|
anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

15. Altro2.....|__|
anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

16. Altro3.....|__|
anno prima diagnosi da parte di un medico, ospedale o centro medico |__|__|

31. COME GIUDICA IL SUO STATO DI SALUTE ATTUALE?

per aiutarla ad esprimere il suo stato di salute attuale, abbiamo disegnato una scala sulla quale il migliore stato di salute immaginabile è contrassegnato dal numero 10 ed il peggiore dal numero 1.

PESSIMO

OTTIMO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PRESSIONE ARTERIOSA E IPERTENSIONE

32. LE E' MAI STATO DETTO DA UN MEDICO O DA UN ALTRO OPERATORE SANITARIO CHE HA LA PRESSIONE ARTERIOSA ELEVATA?

sì |__| no |__|

33. NELLE ULTIME DUE SETTIMANE, HA PRESO FARMACI, PRESCRITTI DA UN MEDICO, PER ABBASSARE LA PRESSIONE ARTERIOSA?

sì |__| no |__| incerto |__|

COLESTEROLEMIA E IPERCOLESTEROLEMIA

34. LE E' MAI STATO DETTO DA UN MEDICO O DA UN ALTRO OPERATORE SANITARIO CHE HA IL COLESTEROLO ALTO?

sì |__| no |__|

35. NELLE ULTIME DUE SETTIMANE HA PRESO FARMACI, PRESCRITTI DA UN MEDICO, PER ABBASSARE IL COLESTEROLO?

sì |__| no |__| incerto |__|

36. LE E' MAI STATO DETTO DA UN MEDICO O DA UN ALTRO OPERATORE SANITARIO CHE HA IL DIABETE?

sì |__| no |__|

37. NELLE ULTIME DUE SETTIMANE HA PRESO FARMACI, COMPRESA L'INSULINA, PER IL CONTROLLO DEL DIABETE?

sì |__| no |__| incerto |__|

38. LEI ASSUME INTEGRATORI VITAMINICI?

sì |__| no |__|

Se sì, con che frequenza:

giornalmente |__|

spesso |__|

raramente |__|

39. LEI ASSUME FERRO?

sì |__| no |__|

Se sì, con che frequenza:

giornalmente |__|

spesso |__|

raramente |__|

40. LEI ASSUME CALCIO?

sì |__| no |__|

Se sì, con che frequenza:

giornalmente |__|

spesso |__|

raramente |__|

ANAMNESI FAMILIARE SULLE MALATTIE CEREBRO-CARDIOVASCOLARI

41. Suo padre, i suoi fratelli, i suoi figli maschi hanno sofferto di una qualunque di queste malattie cerebro-cardiovascolari?: malattia coronarica, cioè di angina di petto o infarto del miocardio, intervento di by-pass aorto-coronarico o di angioplastica, infarto o emorragia cerebrale (TIA, stroke, paresi, paralisi)?

sì |__| no |__| incerto |__|

42. Sua madre, le sue sorelle, o le sue figlie hanno sofferto di una qualunque di queste malattie cerebro-cardiovascolari?: malattia coronarica, cioè di angina di petto o infarto del miocardio, intervento di by-pass aorto-coronarico o di angioplastica, infarto o emorragia cerebrale (TIA, stroke, paresi, paralisi)?

sì |__| no |__| incerto |__|

43. I suoi genitori, i suoi fratelli e sorelle, i suoi figli hanno o avevano il colesterolo o i trigliceridi nel sangue elevati?

sì |__| no |__| incerto |__|

44. I suoi genitori, i suoi fratelli o sorelle, i suoi figli hanno o avevano la pressione elevata?

sì |__| no |__| incerto |__|

45. I suoi genitori, i suoi fratelli o sorelle, i suoi figli hanno o avevano il diabete?

sì |__| no |__| incerto |__|

46. Quanti sono i suoi fratelli |__|__|

47. e sorelle |__|__|

48. Quanti sono i suoi figli |__|__|

49. e figlie |__|__|

ANAMNESI RESPIRATORIA

SINTOMI E DIAGNOSI DI ASMA E BPCO

Sibili / Fischi

50. Negli ultimi 12 mesi, ha mai avuto sibili o fischi al petto?

sì |__| no |__|

[Se "NO", andare alla domanda 51; se "SI" andare alla domanda 50A]

50A. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto sibili o fischi solo quando aveva il raffreddore?

sì |__| no |__|

50B. Negli ultimi 12 mesi, ha mai avuto un attacco di sibili o fischi accompagnato da difficoltà a respirare?

sì |__| no |__|

Difficoltà di respiro

51. Lei ha difficoltà di camminare per altre ragioni che non siano la difficoltà di respiro?

sì |__| no |__|

[Se "NO", andare alla domanda 52, se "SI", andare alla domanda 51A]

51A. Riportare le ragioni della difficoltà di camminare:

52. Le succede di avere difficoltà di respiro quando cammina in fretta in pianura o salendo un leggero pendio?

sì |__| no |__|

[Se "NO" andare alla domanda 53, se "SI" andare alla domanda 52A]

52A. Quando cammina in pianura, deve camminare più lentamente dei suoi coetanei a causa della difficoltà di respiro?

sì |__| no |__|

52B. Quando cammina ad andatura normale in pianura deve mai fermarsi per riprendere fiato?

sì |__| no |__|

52C. Quando cammina in pianura, deve fermarsi per riprendere fiato dopo aver camminato per circa 100 metri (o dopo pochi minuti)?

sì |__| no |__|

52D. La difficoltà di respiro le impedisce di uscire di casa o di vestirsi e svestirsi ?

sì |__| no |__|

53. Negli ultimi 12 mesi, è mai stato svegliato da un attacco di difficoltà di respiro?

sì |__| no |__|

Tosse

54. Tossisce abitualmente, anche quando non ha il raffreddore?

|__| sì |__| no

[Se "NO", andare alla domanda 55; se "SI" andare alla domanda 54A]

54A. Ci sono mesi in cui tossisce la maggior parte dei giorni?

|__| sì |__| no

[Se "NO", andare alla domanda 55; se "SI" andare alla domanda 54B i 54C]

54B. Tossisce nella maggior parte dei giorni per almeno tre mesi all'anno? ☐ sì ☐ no

54C. Per quanti anni ha avuto questa tosse?

55. E' mai stato svegliato da un attacco di tosse negli ultimi 12 mesi? ☐ sì ☐ no

Espettorato

56. Quando non ha il raffreddore, le capita frequentemente di espettorare, o sente di avere catarro che non riesce a espettorare? ☐ sì ☐ no

[Se "NO" andare alla domanda 57; se "SI" andare alla domanda 56A]

56A. Ci sono dei mesi in cui ha il catarro la maggior parte dei giorni? ☐ sì ☐ no

[Se "NO" andare alla domanda 57; se "SI" andare alla domanda 56B, 56C]

56B. Si trova ad espettorare il catarro nella maggior parte dei giorni per almeno tre mesi all'anno? ☐ sì ☐ no

56C. Da quanti anni ha il catarro?

Allergie

57. Ha una allergia nasale, inclusa la febbre da fieno? ☐ sì ☐ no

[Se "NO" andare alla domanda 58; se "SI" andare alla domanda 57A]

57A. A che età ha avuto per la prima volta questa allergia o la febbre da fieno? |__|__|

58. Ha mai avuto starnutazione ripetuta, naso che cola o naso chiuso quando non aveva raffreddore o influenza? |__| si |__| no

[Se "NO" andare alla domanda 59; se "SI" andare alla domanda 58A]

58A. Negli ultimi 12 mesi, ha mai avuto starnutazione ripetuta, naso che cola o naso chiuso quando non aveva raffreddore o influenza? |__| si |__| no

[Se "NO" andare alla domanda 59; se "SI" andare alla domanda 58A1]

58A1. Questi problemi nasali sono stati accompagnati da prurito o lacrimazione agli occhi? |__| si |__| no

59. Un dottore le ha mai detto di avere la sinusite cronica? |__| si |__| no

60. Ha mai avuto un eczema o qualche altro tipo di dermatite allergica? |__| si |__| no

61. Ha mai avuto un rossore con prurito che compariva e scompariva per almeno sei mesi? |__| si |__| no

[Se "NO" andare alla domanda 62; se "SI" andare alla domanda 61A]

61A. Questo rossore è apparso almeno una volta nei seguenti posti: le pieghe dei gomiti, dietro le ginocchia, davanti alle caviglie, sotto le natiche, o intorno a collo, orecchie ed occhi?

|__| si |__| no

Apnea del sonno

62. Lei russa? |__| si |__| no

[Se "SI" andare alla domanda 63-70; se "NO" o "NON SO" andare alla domanda 67-70]

63. Il suo russare è?

1. Leggermente più rumoroso del respiro
2. Rumoroso quanto il parlare
3. Più rumoroso del parlare
4. Molto rumoroso
5. Non so

64. Quanto spesso russa?

1. Quasi ogni giorno
2. 3-4volte a settimana
3. 1-2volte a settimana
4. 1-2 volte al mese
5. Mai o quasi mai
6. Non so

65. Il suo russare ha mai disturbato altre persone?

Si |_| No |_| Non so |_|

66. Qualcuno ha mai notato che smette di respirare quando dorme?

1. Quasi ogni giorno
2. 3-4volte a settimana
3. 1-2volte a settimana
4. 1-2 volte al mese
5. Mai o quasi mai
6. Non so

67. Si sente stanco/a o affaticato/a dopo aver dormito?

1. Quasi ogni giorno
2. 3-4volte a settimana
3. 1-2volte a settimana
4. 1-2 volte al mese
5. Mai o quasi mai
6. Non so

68. Durante la giornata, si sente stanco/a o affaticato/a o non in forma?

1. Quasi ogni giorno
2. 3-4volte a settimana
3. 1-2volte a settimana

4. 1-2 volte al mese
5. Mai o quasi mai
6. Non so

69. Le è mai successo di assopirsi o addormentarsi mentre guidava?

Si |_| No |_| Non guido |_|

70. Se Sì, quante volte le è successo?

1. Quasi ogni giorno
2. 3-4 volte a settimana
3. 1-2 volte a settimana
4. 1-2 volte al mese
5. Mai o quasi mai
6. Non so

Sonno

71. ABITUALMENTE QUANTE ORE DORME A NOTTE

1. più di 7 ore
2. tra 6 e 7 ore
3. tra 5 e 6 ore
4. meno di 5 ore

72. QUANTO TEMPO IMPIEGA GENERALMENTE AD ADDORMENTARSI(*si intende il tempo trascorso dal momento in cui spegne la luce e quello in cui prende sonno*)?

1. mi addormento subito
2. leggero ritardo nel prendere sonno
3. forte ritardo nel prendere sonno
4. aspetto moltissimo/ non dormo per niente

73. LE CAPITA DI SVEGLIARSI DURANTE LA NOTTE?

1. mai
2. qualche volta
3. spesso
4. non ho chiuso occhio

74. AL MATTINO LE CAPITA DI SVEGLIARSI PRIMA DI QUANTO DESIDERATO?

1. no
2. un poco prima
3. abbastanza prima
4. molto prima del previsto

75. COME DEFINIREBBE LA DURATA TOTALE DEL SUO SONNO?

1. appropriata
2. leggermente insufficiente
3. insufficiente
4. del tutto inappropriata

76. NEL COMPLESSO SI RITIENE SODDISFATTO DELLA QUALITÀ DEL SUO SONNO?

1. per niente
2. poco
3. abbastanza
4. molto

77. COME DEFINIREBBE IL SUO SENSO DI BENESSERE DURANTE IL GIORNO?

1. soddisfacente
2. appena soddisfacente
3. insoddisfacente
4. del tutto insoddisfacente

78. COME DEFINIREBBE LA SUA PERFORMANCE (FISICA E MENTALE) DURANTE IL GIORNO?

1. soddisfacente
2. appena soddisfacente
3. insoddisfacente
4. del tutto insoddisfacente

79. LE CAPITA DI SENTIRSI ASSONNATO DURANTE IL GIORNO?

1. per niente
2. poco
3. abbastanza
4. molto

80. IN GENERALE, NON SOLO NELL'ULTIMO MESE, RITIENE DI SOFFRIRE DI DISTURBI DEL SONNO?

1. per niente
2. poco
3. abbastanza
4. molto

Diagnosi di Malattie respiratorie

81. UN MEDICO O UN ALTRO OPERATORE SANITARIO LE HAI MAI DETTO DI AVERE L'ASMA?

|__| si |__| no

[Se "SI" andare alla domanda 81A- 81D. Se "NO" andare alla domanda 82]

81A Quanti anni aveva quando ha avuto il suo primo attacco d'asma? |__|_|

81B Quanti anni aveva quando ha avuto il suo ultimo attacco d'asma? |__|_|

81C Ha avuto un attacco d'asma negli ultimi 12 mesi? |__| si |__| no

[Se "NO" andare alla domanda 81D. Se "SI" andare alla domanda 81C1]

81C1 Quanti attacchi d'asma ha avuto negli ultimi 12 mesi? |__|_|

81C2 Quanti attacchi d'asma ha avuto negli ultimi 3 mesi? |__|_|

81D Ha ancora l'asma? |__| si |__| no

82. UN MEDICO O UN ALTRO OPERATORE SANITARIO LE HAI MAI DETTO DI AVERE L'ENFISEMA?

|__| si |__| no

[Se "SI" andare alla domanda 82A. Se "NO" andare alla domanda 83]

82A. Ha ancora l'enfisema? |__| si |__| no

83. Un medico o un altro operatore sanitario le hai mai detto di avere la bronchite cronica?

|__| si |__| no

[Se "SI" andare alla domanda 83A. Se "NO" andare alla domanda 84]

83A. Ha ancora la bronchite cronica? |__| si |__| no

84. UN MEDICO O UN ALTRO OPERATORE SANITARIO LE HAI MAI DETTO DI AVERE LA BPCO(bronco-pneumopatia cronica ostruttiva)?

|__| si |__| no

[Se "SI" andare alla domanda 84A. Si "NO" andare alla domanda 85]

84A. Ha ancora la BPCO?

|__| si |__| no

ESPOSIZIONE A METALLI

85. POSSIEDE OTTURAZIONI DENTARIE? SI |__| NO |__|

85A. **Se sì**, di che tipo e per quanti denti?

1. Amalgama |__|__|

2. Ceramica |__|__|

3. Oro |__|__|

4. Altro _____ |__|__|

85B. **Se no**, ne possedeva in passato? SI |__| NO |__|

85B1. **Se ne possedeva in passato** da quanto tempo le ha tolte? mesi |__|__|

anni |__|__|

86. POSSIEDE PROTESI DENTARIE IN METALLO? SI |__| NO |__|

86A. **Se sì**, quante |__|__|

86B. **Se no**, ne possedeva in passato? SI |__| NO |__|

86B1. **Se ne possedeva in passato** da quanto tempo le ha tolte? mesi |__|__|

anni |__|__|

87. E' PORTATORE DI:

schegge o frammenti metallici, clips ferromagnetiche, dispositivi metallici intrauterini, protesi metalliche, chiodi, viti, filo, ecc. SI |__| NO |__|

se sì, descrivere _____

88. SOFFRE DI BRUXISMO? SI |__| NO |__|

89. FA USO ABITUALE DI CHEWING-GUM? SI |__| NO |__|

90. USA LENTI A CONTATTO?

SI |__| NO |__|

91. OGGI INDOSSA BIGIOTTERIA?

SI |__| NO |__|

91A. **se sì**, descrivere tipo e numero (bracciali, orecchini, collane, ecc.):

92. IN GENERE INDOSSA BIGIOTTERIA?

1. spesso
2. occasionalmente
3. mai/quasi mai

93. OGGI PORTA DEI PIERCING?

SI |__| NO |__|

93A. **se sì**, indicarne il numero di piercing |__|__|

94. IN GENERE PORTA ADDOSSO PIERCING?

1. spesso
2. occasionalmente
3. mai/quasi mai

95. HA TATUAGGI SUL CORPO?

SI |__| NO |__|

se sì,

1° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

2° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

3° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

4° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

5° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

6° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

7° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

8° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

9° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|

10° tatuaggio: altezza max. cm |__|__| larghezza max. cm |__|__|
superficie totale tatuaggi m2 |__|__| , |__|__|

96. FA USO DI INCENSI O BRUCIA ALL'INTERNO DELLA SUA ABITAZIONE SOSTANZE PROFUMATE (*per es. candele, oli, etc*)

1. spesso
2. occasionalmente
3. mai/quasi mai

SALUTE RIPRODUTTIVA

97. HA AVUTO FIGLI?

|__| si |__| no

98. LEI E IL SUO PARTNER AVETE PROVATO PER 2 ANNI O PIU' AD AVERE FIGLI SENZA SUCCESSO?

|__| si |__| no

99. SUO FIGLIO/QUALCUNO DEI SUOI FIGLI, HA MANIFESTATO ALCUNI DEI SEGUENTI DISTURBI?

1. Basso peso alla nascita |__| si |__| no
2. Malformazioni congenite |__| si |__| no
3. Alterazioni dello sviluppo neuro comportamentale |__| si |__| no
4. Disturbi dell'udito |__| si |__| no
5. Aumentata incidenza di infezioni respiratorie |__| si |__| no
6. Malattie dell'apparato gastro-enterico |__| si |__| no

SEZIONE RISERVATA ALLE DONNE

100. HA ANCORA LE MESTRUAZIONI?

1. SI, regolarmente
2. SI, ma irregolarmente o con cicli fermi da meno di 6 mesi
3. NO
4. GRAVIDANZA

Se SI,

100A. DATA DI INIZIO ULTIMA MESTRUAZIONE |__|_|__|/|__|_|__|/|__|_|__|

Se no,

100B. A CHE ETA' E' ENTRATA COMPLETAMENTE IN MENOPAUSA? |__|_|__|

Inserire l'età in anni dopo 6 mesi senza ciclo

100C. NELL'ULTIMO MESE HA ASSUNTO ORMONI PER LA MENOPAUSA?

1. SI, sotto forma di pillole, iniezioni o cerotti
2. NO
3. DATI INSUFFICIENTI

FARMACO 1

Nome del farmaco

Il dosaggio è giornaliero? SI NO

Numero di compresse al dì |__| Numero di compresse a settimana |__|__|

FARMACO 2

Nome del farmaco

Il dosaggio è giornaliero? SI NO

Numero di compresse al dì |__| Numero di compresse a settimana |__|__|

FARMACO 3

Nome del farmaco

Il dosaggio è giornaliero? SI NO

Numero di compresse al dì |__| Numero di compresse a settimana |__|__|

101. NEGLI ULTIMI DUE MESI HA ASSUNTO PILLOLE, INIEZIONI O CEROTTI ANTICONCEZIONALI?

1. SI, sotto forma di pillole, iniezioni o cerotti
2. NO
3. DATI INSUFFICIENTI

NOME DEL FARMACO

102. LE E' MAI STATA DIAGNOSTICATA L'ENDOMETRIOSI?

|__| si |__| no

102A. Se sì a che età?

|__|__|

103. QUANTE VOLTE HA PARTORITO? |__|__|

104. A CHE ETA' HA AVUTO IL PRIMO FIGLIO? |__|__|

105. PER QUANTI MESI HA ALLATTATO SUO FIGLIO/FIGLI?

N figli	1	2	3	4	5	6
N mesi	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

106. HA MAI AVUTO ABORTI SPONTANEI?

|_|si |_|no

PERCEZIONE DEL RISCHIO

107. QUALI DI QUESTI EVENTI LA PREOCCUPANO O DISTURBANO MAGGIORMENTE?

per aiutarla ad esprimere la sua preoccupazione, abbiamo disegnato una scala sulla quale il la massima preoccupazione immaginabile è contrassegnato dal numero 10 e la minima dal numero 1.

Per niente

Tantissimo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

✓ Cause di origine naturale

1. Eventi meteorologici gravi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Terremoti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Inondazioni

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Altro

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

✓ Cause di origine antropica

1. Rumore

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Trasporto sostanze pericolose

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Eventi nucleari

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Gestione rifiuti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Inquinamento atmosferico

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Industrie pericolose

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Incendi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Inquinamento acque potabili

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Altro

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

108. SI RITIENE INFORMATO SUI RISCHI DI TIPO AMBIENTALE?

1. tantissimo
2. molto
3. sufficientemente
4. per niente
5. non so

109. QUALI FONTI INFORMATIVE UTILIZZA?

1. tv nazionale
2. tv locali
3. giornali locali
4. internet
5. altro

110. QUALI, SECONDO LEI, SONO I SOGGETTI PIU' AFFIDABILI PER FORNIRE INFORMAZIONI?

1. istituzioni e enti locali (Provincia, Comuni, etc.)
2. personale sanitario
3. associazioni ambientaliste
4. altro

GRAZIE PER L'AIUTO CHE HA FORNITO PER QUESTA RICERCA