

THE GEIRD PROJECT

Il ruolo dell'ambiente e dei geni sull'insorgenza e sulla storia naturale delle malattie respiratorie

Questionario clinico per tutte le coorti

Researchers using these materials are requested to inform the GEIRD Coordinating Centre and cite the source appropriately. For further information and contacts, please visit the GEIRD web site at the following URL:

www.geird.org



© 2007-2008 Geird Scientific Committee

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 6, SE 'SÌ':

5.1 Negli ultimi **3 mesi** si è mai svegliato con un attacco improvviso di mancanza di respiro? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 6, SE 'SÌ':

5.1.1 Negli ultimi **3 mesi** si è svegliato con un attacco improvviso di mancanza di respiro **in media almeno una volta alla settimana?** NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 6, SE 'SÌ':

5.1.1.1 Negli ultimi **3 mesi** quante volte **in media** alla settimana si è svegliato con un attacco improvviso di mancanza di respiro? Nr. volte

6. Negli ultimi **12 mesi** si è mai svegliato per un attacco di tosse? NO SI

7. In inverno, tossisce **abitualmente** al mattino appena alzato? NO SI
[SE È INCERTO, UTILIZZA LA DOMANDA 8.1 PER CONFERMARE]

8. In inverno, tossisce **abitualmente** durante il giorno o di notte? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 9, SE 'SÌ':

8.1 Ha questi stessi problemi di tosse per la maggior parte dei giorni per almeno 3 mesi ogni anno? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 9, SE 'SÌ':

8.1.1 Da quanti anni soffre di questo disturbo? Nr. anni

9. In inverno, **abitualmente** le viene su catarro dai bronchi al mattino appena alzato? NO SI
[SE È INCERTO, UTILIZZA LA DOMANDA 10.1 PER CONFERMARE]

10. In inverno, **abitualmente** le viene su catarro dai bronchi durante il giorno o di notte? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 11, SE 'SÌ':

10.1 Le viene su catarro dai bronchi per la maggior parte dei giorni per almeno 3 mesi ogni anno? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 11, SE 'SÌ':

10.1.1 Da quanti anni soffre di questo disturbo? Nr. anni

11. Ha mai avuto problemi di respirazione? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 12, SE 'SÌ':

11.1 Ha questo problema:

Barrare una sola casella

A) di continuo tanto che la respirazione non è mai del tutto a posto	1	<input type="checkbox"/>
B) ripetutamente, ma poi si risolve sempre completamente	2	<input type="checkbox"/>
C) solo raramente	3	<input type="checkbox"/>

12. Ha difficoltà a camminare a causa di condizioni diverse da malattie cardiache o polmonari? NO SI

SE 'SÌ': DESCRIVI LA CONDIZIONE (12.0) _____
SE L'INTERVISTATO HA RISPOSTO NEGATIVAMENTE A TUTTE LE DOMANDE 1-11, VAI ALLA DOMANDA 14, ALTRIMENTI (ALMENO UNA RISPOSTA POSITIVA ALLE DOMANDE 1-11) VAI ALLA DOMANDA 13

SE 'NO':

12.1 Ha problemi di mancanza di respiro quando si affretta per strada o percorre una leggera salita? NO SI

SE 'NO' E SE L'INTERVISTATO HA RISPOSTO NEGATIVAMENTE A TUTTE LE DOMANDE 1-11, VAI ALLA DOMANDA 14, SE 'NO' E SE L'INTERVISTATO HA RISPOSTO POSITIVAMENTE AD ALMENO UNA DELLE DOMANDE 1-11, VAI ALLA DOMANDA 13
SE 'SÌ':

12.1.1 Le manca il respiro quando cammina con altra gente della sua età a passo normale? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 13, SE 'SÌ':

12.1.1.1 Le capita di essere costretto a fermarsi per mancanza di respiro quando cammina in piano a passo normale? NO SI

13. Negli ultimi **12 mesi**, ci sono stati episodi in cui i sintomi (tosse, catarro, mancanza di respiro) hanno mostrato un rapido peggioramento rispetto al solito? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 14, SE 'SÌ':

Negli ultimi **12 mesi**:

13.1 Quante volte si sono verificati questi episodi? Nr. volte

13.2 Quante volte questi episodi l'hanno costretta a consultare il suo medico?

13.3 Quante volte ha cambiato terapia in seguito a questi episodi?

13.4 Quante volte è andato al Pronto Soccorso o è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte in seguito a questi episodi?

14. SOLO PER LE DONNE - GLI UOMINI PASSANO ALLA DOMANDA 15

Le è mai capitato di avere disturbi respiratori (quali sibili, costrizione al torace o mancanza di respiro) in un periodo particolare del suo ciclo mestruale? Barrare una sola casella

- A) sì, nella settimana che precede le mestruazioni 1
- B) sì, durante le mestruazioni 2
- C) sì, nella settimana successiva alle mestruazioni 3
- D) sì, in un altro periodo del mese 4
- E) non è il mio caso, perché non ho mestruazioni 5
- F) no 6

- 15.1-3 Un medico le ha mai detto che lei ha o ha avuto:
 15.1 La bronchite cronica?
 15.2 La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)?
 15.3 L'enfisema?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Ha mai avuto l'asma?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 17, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSEGNARE A TUTTI COLORO CHE HANNO RISPOSTO DI AVERE AVUTO ASMA NEL CORSO DELLA VITA (DOMANDA 16) L'ASTHMA CONTROL TEST, PERCHÉ LO COMPILINO

16.1 È stata confermata da un dottore?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.2 A che età ha avuto il primo attacco d'asma?

Anni
<input type="text"/>

16.3 A che età ha avuto l'ultimo attacco d'asma?

Anni
<input type="text"/>

16.4.1-6 Di solito, in che mesi dell'anno ha gli attacchi d'asma?

- 16.4.1 gennaio/febbraio
 16.4.2 marzo/aprile
 16.4.3 maggio/giugno
 16.4.4 luglio/agosto
 16.4.5 settembre/ottobre
 16.4.6 novembre/dicembre

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.5 Negli ultimi **12 mesi** ha avuto uno o più attacchi d'asma?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 16.6, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.5.1 Sono stati presenti in tutti i mesi dell'anno?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 16.5.3, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.5.2 I suoi attacchi d'asma sono stati più gravi o frequenti in qualche mese dell'anno?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 16.5.4, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.5.3.1-12 In quali mesi?

- 16.5.3.1 gennaio
 16.5.3.2 febbraio
 16.5.3.3 marzo
 16.5.3.4 aprile
 16.5.3.5 maggio
 16.5.3.6 giugno
 16.5.3.7 luglio
 16.5.3.8 agosto
 16.5.3.9 settembre
 16.5.3.10 ottobre
 16.5.3.11 novembre
 16.5.3.12 dicembre

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.5.4 Negli ultimi **12 mesi** quanti attacchi d'asma ha avuto?

Nr. attacchi

--	--

16.5.5 Negli ultimi **3 mesi** quanti attacchi d'asma ha avuto?

Nr. attacchi

--	--

16.6 Negli ultimi **3 mesi** quante volte si è svegliato a causa della sua asma?

Barrare una sola casella

- A) ogni notte o quasi tutte le notti
- B) più di una volta alla settimana, ma non la maggior parte delle notti
- C) almeno due volte al mese, ma non più di una volta alla settimana
- D) meno di due volte al mese
- E) mai

1	
2	
3	
4	
5	

16.7 Negli ultimi **3 mesi** quante volte ha avuto problemi di respirazione a causa della sua asma?

Barrare una sola casella

- A) continuamente
- B) circa una volta al giorno
- C) almeno una volta alla settimana, ma meno di una volta al giorno
- D) meno di una volta alla settimana
- E) mai

1	
2	
3	
4	
5	

16.8 Sta prendendo al momento medicine per l'asma (compresi spray, aerosol o compresse)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.9 Possiede un misuratore di picco di flusso?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 16.10, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.9.1 Negli ultimi **3 mesi** quante volte l'ha utilizzato?

Barrare una sola casella

- A) mai
- B) qualche volta
- C) quasi tutti i giorni

1	
2	
3	

16.10 Il suo medico le ha dato indicazioni scritte su come trattare la sua asma in caso di peggioramento o di un attacco?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.11 **SOLO PER LE DONNE - GLI UOMINI PASSANO ALLA DOMANDA 17**

Ha mai notato un peggioramento della sua asma durante il suo ciclo mestruale?

Barrare una sola casella

- A) sì, nella settimana che precede le mestruazioni
- B) sì, durante le mestruazioni
- C) sì, nella settimana successiva alle mestruazioni
- D) sì, in un altro periodo del mese
- E) non è il mio caso, perché non ho mestruazioni
- F) no

1	
2	
3	
4	
5	
6	

16.12 Da quando soffre d'asma, è mai stata in gravidanza (per almeno 25 settimane)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 17, SE 'SÌ':

16.12.1 Durante le sue gravidanze, la sua asma:

- A) è migliorata
- B) è peggiorata
- C) è rimasta uguale
- D) non è rimasta uguale in tutte le gravidanze
- E) non so

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>

17. Ha raffreddori allergici compreso il 'raffreddore da fieno' ?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 18, SE 'SÌ':

Anni

17.1 A che età ha iniziato a soffrire di 'raffreddore da fieno' o raffreddore allergico?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ORA VAI ALLA DOMANDA 19

18. Nel corso della sua vita ha mai avuto raffreddori allergici compreso il 'raffreddore da fieno'?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 19, SE 'SÌ':

Anni

18.1 A che età ha iniziato a soffrire di 'raffreddore da fieno' o raffreddore allergico?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

18.2 A che età ha avuto per l'ultima volta il 'raffreddore da fieno' o il raffreddore allergico?

Anni	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------------

19. Ha mai avuto problemi dovuti a frequenti starnuti o naso che cola o naso chiuso al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE L'INTERVISTATO HA RISPOSTO 'NO' ALLA DOMANDA 17 E 'NO' ALLA DOMANDA 19, VAI ALLA DOMANDA 21 (POLIPOSIS NASALE)

SE L'INTERVISTATO HA RISPOSTO 'SI' ALLA DOMANDA 17 E 'NO' ALLA DOMANDA 19, VAI ALLA DOMANDA 20:

SE 'SI'(ALLA DOMANDA 19):

19.1 Negli ultimi **12 mesi** ha mai avuto problemi dovuti a frequenti starnuti, o naso che cola, o naso chiuso al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' ALLA DOMANDA 17 E 'NO' ALLA DOMANDA 19.1, VAI ALLA DOMANDA 21 (POLIPOSIS NASALE)

ALTRIMENTI:

20.1-9 Quali di questi sintomi erano presenti negli ultimi **12 mesi**?

- 20.1 Naso chiuso (tutte e due le narici)
- 20.2 Ora una narice chiusa, ora l'altra
- 20.3 Naso che cola (muco acquoso)
- 20.4 Gocciolamento di muco / catarro dal naso
- 20.5 Gocciolamento di muco / catarro dal naso in gola
- 20.6 Starnuti
- 20.7 Prurito al naso
- 20.8 Riduzione o perdita totale dell'olfatto
- 20.9 Dolore facciale o mal di testa alla fronte
- 20.10.1-2 Questo/i disturbo/i nasale/i era/no accompagnato/i da:
 - 20.10.1 Prurito agli occhi o lacrimazione?
 - 20.10.2 Prurito alla gola o al palato?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.11 In quali mesi dell'anno ha avuto questo/i disturbo/i nasale/i?

- 20.11.1 Gennaio
- 20.11.2 Febbraio
- 20.11.3 Marzo
- 20.11.4 Aprile
- 20.11.5 Maggio
- 20.11.6 Giugno
- 20.11.7 Luglio
- 20.11.8 Agosto
- 20.11.9 Settembre
- 20.11.10 Ottobre
- 20.11.11 Novembre
- 20.11.12 Dicembre

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.12 Negli ultimi **12 mesi** i suoi disturbi sono stati presenti per più di 4 giorni alla settimana e per più di 4 settimane consecutive?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.13 Negli ultimi **12 mesi** quanto il raffreddore allergico o i disturbi nasali hanno limitato le sue capacità in ciascuna delle seguenti aree?

	Per niente	Poco	Moderatamente	Molto
20.13.1 Sport e attività ricreative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.13.2 Lavoro o frequenza scolastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.13.3 Amicizie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.13.4 Riposo notturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.13.5 Altre attività quotidiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Ha mai sofferto di polipi nasali?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 22, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.1 È stato operato per asportare i polipi nasali ?

NO	1 volta	più volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Ha mai sofferto di sinusite?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO'

PER I SOGGETTI:

DELLA COORTE SARA,

DELLA COORTE ECRHS CHE NON HANNO PARTECIPATO AD ECRHS II,

DELLA COORTE ISAYA CHE NON HANNO RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI

VAI ALLA DOMANDA 23.G,

SE 'NO'

PER I SOGGETTI:

DELLA COORTE ECRHS II

DELLA COORTE ISAYA (ASMATICI CORRENTI CON ASMA DIAGNOSTICATA DAL MEDICO) CHE HANNO RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI

VAI ALLA DOMANDA 23.E,

SE 'SÌ':

22.1 È stata confermata da un medico?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.2 Negli ultimi **12 mesi** ha sofferto di sinusite?

NO SI

**SOLO PER I SOGGETTI:
DELLA COORTE SARA,
DELLA COORTE ECRHS CHE NON HANNO PARTECIPATO AD ECRHS II,
DELLA COORTE ISAYA CHE NON HANNO RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI:**

23.G Ha mai utilizzato dei medicinali per curare i suoi disturbi nasali?

NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 24, SE 'SÌ':

23.1-2.G Le è capitato di utilizzare qualcuno dei seguenti farmaci nasali per uso locale

(ad es. spray, polveri inalatorie o gocce) per curare i suoi disturbi nasali?

[MOSTRA LA LISTA DEI FARMACI NASALI STEROIDEI + VASOCOSTRITTORI]

	Per quanti anni li ha utilizzati?		Negli ultimi 12 mesi li ha utilizzati?		
	NO	SI	NO	SI	
23.1.G Farmaci steroidei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2.G Farmaci vasocostrittori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decongestionanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.3.G Le è capitato di utilizzare qualcuna delle seguenti pillole, capsule o compresse per curare i suoi disturbi nasali?

NO SI

[MOSTRA LA LISTA DEGLI ANTISTAMINICI]

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 24, SE 'SÌ':

23.3.1.G Per quanti anni ha utilizzato queste pillole, capsule o compresse ?

Nr. anni

23.3.2.G Negli ultimi **12 mesi** le è capitato di utilizzare qualcuna di queste pillole, capsule o compresse?

NO SI

SOLO PER I SOGGETTI:
DELLA COORTE ECRHS II
DELLA COORTE ISAYA (ASMATICI CORRENTI CON ASMA DIAGNOSTICATA DAL MEDICO) CHE HANNO
RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI:

23.E **Dall'ultima indagine**, ha mai utilizzato dei medicinali per curare i suoi disturbi nasali? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 24, SE 'SÌ':

23.1-2.E Le è capitato di utilizzare qualcuno dei seguenti farmaci nasali per uso locale (ad es. spray, polveri inalatorie o gocce) per curare i suoi disturbi nasali?

[MOSTRA LA LISTA DEI FARMACI NASALI STEROIDEI + VASOCOSTRITTORI]

	NO	SI	Per quanti anni li ha utilizzati?	Negli ultimi 12 mesi li ha utilizzati?
			Nr. anni	NO SI
23.1.E Farmaci steroidei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2.E Farmaci vasocostrittori Decongestionanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.3.E Le è capitato di utilizzare qualcuna delle seguenti pillole, capsule o compresse per curare i suoi disturbi nasali? NO SI

[MOSTRA LA LISTA DEGLI ANTISTAMINICI]

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 24, SE 'SÌ':

23.3.1.E Per quanti anni ha utilizzato queste pillole, capsule o compresse? Nr. anni

23.3.2.E Negli ultimi **12 mesi** le è capitato di utilizzare qualcuna di queste pillole, capsule o compresse? NO SI

24. Ha **mai** avuto eczema o qualche tipo di allergia della pelle? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 25, SE 'SÌ':

24.1 Questo disturbo è stato confermato da un dottore? NO SI

24.2 A che età ha avuto i primi disturbi? Anni

24.3 Ne soffre tuttora? NO SI
SE 'SÌ' VAI ALLA DOMANDA 25, SE 'NO':

24.3.1 A che età sono scomparsi? Anni

25. Ha **mai** avuto un'irritazione della pelle con prurito che è comparsa e scomparsa a fasi alterne **per almeno 6 mesi**? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 26, SE 'SÌ':

25.1 Negli ultimi **12 mesi** ha mai avuto questa irritazione della pelle? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 26, SE 'SÌ':

25.1.1-7 Questa irritazione della pelle ha **mai** colpito qualcuno dei seguenti punti:

	NO	SI
25.1.1 Le pieghe dei gomiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.1.2 La zona dietro le ginocchia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.1.3 La parte anteriore delle caviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.1.4 L'area sotto le natiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.1.5 L'area attorno al collo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.1.6 L'area attorno alle orecchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.1.7 L'area attorno agli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Ha mai avuto difficoltà respiratorie dopo aver preso qualche farmaco?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 27, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26.1-2 Con quali farmaci è successo?(26.1) _____
 (26.2) _____

Codice
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

27. Ha mai avuto disturbi nasali o gonfiore o irritazione alla pelle dopo aver preso l'aspirina o altri farmaci antiinfiammatori?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Un medico le ha mai detto che lei ha o ha avuto:

	NO	SI
28.1 Gastrite o ulcera dello stomaco (confermata da gastroscopia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.2 Reflusso gastroesofageo, ernia iatale o esofagite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.3 Osteoporosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.4 Gotta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.5 Artrite o artrosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.6 Embolia polmonare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Negli ultimi anni le hanno detto **più di una volta** che lei ha:

	NO	SI
29.1 Trigliceridi alti (dislipidemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.2 Colesterolo alto (ipercolesterolemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Negli ultimi **5 anni** ha avuto fratture non a causa di incidenti (stradali, sportivi, sul lavoro)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Le hanno mai detto che russa durante il sonno?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 32, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mai Raramente Occasionalmente Di frequente Sempre

31.1 Negli ultimi 12 mesi , le hanno mai detto che durante il sonno smette di respirare o che la sua respirazione si interrompe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.2 Negli ultimi 12 mesi , le è capitato di svegliarsi all'improvviso con la sensazione di soffocare o di non essere capace di respirare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.3 Negli ultimi 12 mesi , le hanno mai detto che russa forte o che il suo russare disturba gli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Ha dolore o fastidio alle gambe usualmente quando cammina?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 33, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.1 Ha questo dolore quando è seduto o quando sta fermo in piedi?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.2 Ha questo dolore quando cammina in salita o a passo veloce?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.3 Ha questo dolore quando cammina a passo normale in piano?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.4 Se sta fermo in piedi:

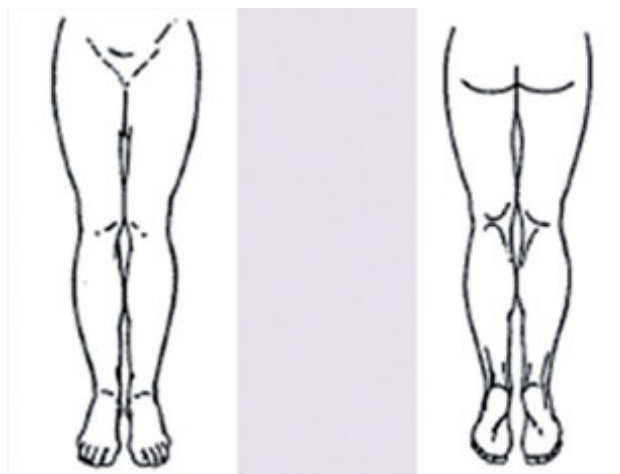
- A) il dolore scompare entro 10 minuti
- B) trascorrono più di 10 minuti prima che il dolore scompaia

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>

32.5.1-3 Dove sente questo dolore o fastidio?

Indichi -con riferimento al disegno seguente- dove sente il dolore (anche più di una zona).



PER L'INTERVISTATORE: INDICARE LE ZONE INTERESSATE DAL DOLORE

32.5.1 Polpacci

32.5.2 Cosce o natiche

32.5.3 Tendini, articolazioni, piedi, gambe o altro

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Un medico le ha mai detto che lei ha o ha avuto:

33.1 Un attacco di cuore (trombosi coronarica o infarto del cuore)

33.2 Angina

33.3 Aritmia (ad es. fibrillazione atriale)

33.4 Altri problemi cardiaci (specificare): _____

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. È mai stato sottoposto ad interventi al cuore o all'aorta?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 35, SE SÌ:

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.1-4 È mai stato sottoposto ai seguenti interventi:

34.1 By-pass aorto-coronarico o angioplastica delle coronarie

34.2 Impianto di pace-maker

34.3 Interventi sulle valvole del cuore

34.4 Intervento per aneurisma dell'aorta

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Ha mai avuto un ictus?
(talora denominato emorragia cerebrale, trombosi cerebrale, emorragia subaracnoidea, accidente cerebrovascolare, ischemia cerebrale, attacco ischemico cerebrale transitorio)

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Il suo medico le ha mai detto che lei ha la pressione alta?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 37, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36.1 Sta prendendo medicine per la pressione alta?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 37, SE 'SÌ':

36.1.1-3 Quali?

[SEGNA DI SEGUITO I FARMACI CHE ASSUME L'INTERVISTATO]

36.1.1 ACE inibitori

36.1.2 Beta bloccanti

36.1.3 Altro (specificare): _____

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Un medico le ha mai detto che lei ha il diabete?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 38, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37.1 A che età ha iniziato a soffrire di diabete?

Anni	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37.2 Sta seguendo una dieta consigliata dal medico?

37.3 Sta prendendo medicine per bocca per il suo diabete?

37.4 Sta prendendo insulina?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Un medico le ha mai detto che lei ha o ha avuto un tumore o un cancro o una neoplasia?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 39, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Dov'è nato suo padre? (Barrare una sola casella)

Abruzzo	<input type="checkbox"/>	Molise	<input type="checkbox"/>
Basilicata	<input type="checkbox"/>	Piemonte	<input type="checkbox"/>
Calabria	<input type="checkbox"/>	Puglia	<input type="checkbox"/>
Campania	<input type="checkbox"/>	Sardegna	<input type="checkbox"/>
Emilia-Romagna	<input type="checkbox"/>	Sicilia	<input type="checkbox"/>
Friuli-Venezia Giulia	<input type="checkbox"/>	Toscana	<input type="checkbox"/>
Lazio	<input type="checkbox"/>	Trentino-Alto Adige	<input type="checkbox"/>
Liguria	<input type="checkbox"/>	Umbria	<input type="checkbox"/>
Lombardia	<input type="checkbox"/>	Valle d'Aosta	<input type="checkbox"/>
Marche	<input type="checkbox"/>	Veneto	<input type="checkbox"/>

SE NON È NATO IN ITALIA:

46. Specificare lo Stato estero di nascita: _____

Codice STATO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

47. A che età suo padre ha smesso di studiare (approssimativamente)?

	Anni		
	<input type="text"/>		
NO	SI, <u>solo</u> all'esterno dell'abitazione	SI, <u>anche</u> all'interno dell'abitazione	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

48. Quando lei era bambino/a, suo padre fumava regolarmente?

49. Dove è nata/o? (Barrare una sola casella)

Abruzzo	<input type="checkbox"/>	Molise	<input type="checkbox"/>
Basilicata	<input type="checkbox"/>	Piemonte	<input type="checkbox"/>
Calabria	<input type="checkbox"/>	Puglia	<input type="checkbox"/>
Campania	<input type="checkbox"/>	Sardegna	<input type="checkbox"/>
Emilia-Romagna	<input type="checkbox"/>	Sicilia	<input type="checkbox"/>
Friuli-Venezia Giulia	<input type="checkbox"/>	Toscana	<input type="checkbox"/>
Lazio	<input type="checkbox"/>	Trentino-Alto Adige	<input type="checkbox"/>
Liguria	<input type="checkbox"/>	Umbria	<input type="checkbox"/>
Lombardia	<input type="checkbox"/>	Valle d'Aosta	<input type="checkbox"/>
Marche	<input type="checkbox"/>	Veneto	<input type="checkbox"/>

SE NON È NATA/O IN ITALIA:

50. Specificare lo Stato estero di nascita: _____

Codice STATO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

51. Qual è la sua cittadinanza?

[Se ha un'altra cittadinanza oltre a quella italiana, barrare solo la casella 'Italiana']

- A) Italiana
- B) Straniera
- C) Apolide (nessuna cittadinanza)

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

SE 'ITALIANA'

51.1 SPECIFICARE:

Barrare una sola casella

A) Dalla nascita

1

B) Acquisita (ad es. per matrimonio, naturalizzazione, etc.)

2

SE 'ACQUISITA'

Codice STATO

51.1.1 Specificare lo Stato estero di cittadinanza precedente: _____

SE 'STRANIERA':

51.2 SPECIFICARE:

Codice STATO

Stato estero di cittadinanza: _____

52. Qual era il suo peso alla nascita?

grammi

SE NON RICORDA IL PESO ALLA NASCITA:

52.1 È nata/o sottopeso (peso alla nascita inferiore a 2500 g)?

NO SI Non ricordo

53. Rispetto alla data prevista per il parto, lei è nata/o:

Barrare una sola casella

A) Regolarmente (con non più di 3 settimane di anticipo, oppure con non più di 2 settimane di ritardo rispetto alla data prevista)

1

B) Con più di 3 settimane di anticipo

2

C) Con più di 2 settimane di ritardo

3

D) Non so

4

54. Lei è nato da un parto:

Barrare una sola casella

A) Naturale

1

B) Cesareo

2

C) Forcipe

3

55. Nei mesi che hanno preceduto la sua nascita, durante la gravidanza sua madre ha sperimentato situazioni di perdita o forte dispiacere (lutto, perdita di lavoro proprio o del coniuge, separazione, etc.)?

NO SI

56. Ha avuto qualche grave infezione respiratoria prima dei 5 anni di età?

NO SI Non so

57. È mai stato ricoverato per malattie polmonari prima dei due anni di età?

NO SI

58. A che età ha iniziato a frequentare la scuola, la scuola materna o il nido?

Anni

59. Quanti **altri** bambini dormivano regolarmente nella sua camera da letto prima che lei avesse **cinque anni di età?**

Nr. bambini

--	--

60. Per ogni componente della sua famiglia le chiederò alcuni dati anagrafici ed eventuali patologie respiratorie.

Familiare	Sesso	Anno di Nascita	<u>Solo per i Fratelli/sorelle.</u> È/era suo/a gemello/a omozigote (identico/a o quasi a lei)?	<u>Solo per i Fratelli/sorelle.</u> È/era suo/a gemello/a eterozigote (non identico/a a lei)?	Ha mai avuto l'asma?	Ha mai avuto allergie nasali o raffreddore da fieno?	Ha mai avuto allergie della pelle o eczema?
-----------	-------	-----------------	--	--	----------------------	--	---

		NO	SI	NO	SI	NO	SI
60.1 Padre							
60.2 Madre							
60.3 Fratello/Sorella							
60.4 Fratello/Sorella							
60.5 Fratello/Sorella							
60.6 Fratello/Sorella							
60.7 Fratello/Sorella							
60.8 Fratello/Sorella							
60.9 Fratello/Sorella							
60.10 Fratello/Sorella							
60.11 Fratello/Sorella							
60.12 Fratello/Sorella							

61. Quale delle seguenti espressioni descrive meglio la sua attuale condizione?

Barrare una sola casella

- A) sono sposato/a, convivo con il mio/la mia partner
- B) condivido la mia casa con qualcuno che non è il mio partner
- C) vivo da solo

1	
2	
3	

62. Di seguito sono riportati alcuni eventi che potrebbero averle causato forte disagio o sofferenza.

Se le sono occorsi, riporti la sua età al momento dell'evenienza:

- 62.1 Licenziamento non volontario dal lavoro
- 62.2 Separazione o divorzio
- 62.3 Morte del partner o fidanzato/a
- 62.4 Lutto familiare

NO	SI	ANNI

63. A che età ha finito di studiare?

Anni

--	--

Se è studente a tempo pieno scrivi 88

64. Ha mai lavorato per almeno 3 mesi consecutivi
(sia che si tratti di lavori condotti fuori casa o nella sua abitazione,
a tempo pieno o part-time -più di 8 ore settimanali-, retribuiti o meno,
compreso il lavoro autonomo, ad esempio nell'azienda di famiglia)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Attualmente lei è:

Barrare una
sola casella

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| A) lavoratore dipendente (incluso il servizio militare) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| B) lavoratore autonomo | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) disoccupato, in cerca di lavoro | 3 | <input type="checkbox"/> |
| D) disoccupato per motivi di salute | 4 | <input type="checkbox"/> |
| E) casalinga a tempo pieno | 5 | <input type="checkbox"/> |
| F) studente a tempo pieno | 6 | <input type="checkbox"/> |
| G) pensionato | 7 | <input type="checkbox"/> |
| H) altro. Specificare: _____ | 8 | <input type="checkbox"/> |

SE È 'LAVORATORE DIPENDENTE':

65.1 Attualmente lei è:

Barrare una
sola casella

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| A) dirigente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| B) impiegato | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) operaio | 3 | <input type="checkbox"/> |
| D) altro. Specificare: _____ | 4 | <input type="checkbox"/> |

SE È 'LAVORATORE AUTONOMO':

65.2 Attualmente lei è:

Barrare una
sola casella

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| A) imprenditore | 1 | <input type="checkbox"/> |
| B) libero professionista | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) altro. Specificare: _____ | 3 | <input type="checkbox"/> |

SE HA RISPOSTO 'SÌ' ALLA DOMANDA 64, OPPURE SE HA RISPOSTO 'LAVORATORE DIPENDENTE' O 'LAVORATORE AUTONOMO' O 'CASALINGA A TEMPO PIENO' ALLA DOMANDA 65, COMPILI LA MATRICE OCCUPAZIONALE (DOMANDA 66).

ALTRIMENTI VAI ALLA DOMANDA 68

66. Se ha lavorato con diverse mansioni all'interno della stessa azienda, o se ha svolto più di un lavoro nello stesso periodo, le varie attività da lei svolte verranno considerate singolarmente. È pregato di iniziare dal suo attuale o ultimo lavoro.

LAVORO	66.1 Quale mansione svolge (svolgeva) nel suo attuale (ultimo) lavoro?	66.2 Che cosa produceva l'azienda, società od organizzazione, o quali servizi forniva?	66.3 In quale mese e anno ha iniziato a svolgere questo lavoro?		66.4 In quale mese e anno ha finito di svolgere questo lavoro?				66.5 Lavora (lavorava) a tempo pieno o part-time?		
			MESE	ANNO	MESE	ANNO	MESE	ANNO	Tempo pieno	Part-time	
LAVORO 1											
LAVORO 2											
LAVORO 3											
LAVORO 4											
LAVORO 5											
LAVORO 6											
LAVORO 7											
LAVORO 8											
LAVORO 9											
LAVORO 10											

NO SI

67. È mai stato esposto **regolarmente** a vapori, gas, polvere o fumi nel luogo di lavoro?
SE 'NO', VAI ALLA 68, SE 'SÌ' RISPONDERE ALLE DOMANDE 67.1-5. Con riferimento a ciascun lavoro indicato nella tabella precedente, barrare le caselle corrispondenti ad una risposta affermativa. Se la risposta è negativa non barrare la casella.

67.1 In quale di questi lavori è stato esposto regolarmente a vapori, gas, polvere o fumi?
 67.2 Nel luogo di lavoro erano in funzione impianti di ventilazione?
 67.3 Utilizzava dispositivi di protezione per le vie aeree?
 67.4 Veniva sottoposto a prove spirometriche?
 67.5 Qualcuno di questi lavori le ha mai causato disturbi alla respirazione (costrizione al torace, sibili respiratori, difficoltà a respirare, tosse)?

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

SE 'NO' PER TUTTI I LAVORI VAI ALLA DOMANDA 68, SE 'SÌ' PER ALMENO UN LAVORO:

67.5.1 Questi disturbi respiratori sono insorti fin dai primi giorni di lavoro?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

67.5.2 Questi disturbi respiratori si attenuavano o scomparivano nel fine settimana o durante le ferie lavorative per poi ricomparire con la ripresa dell'attività lavorativa?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

67.5.3 È mai stato costretto a lasciare qualcuno di questi lavori perché le provocava disturbi alla respirazione?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SE 'NO' PER TUTTI I LAVORI VAI ALLA DOMANDA 68, SE 'SÌ' PER ALMENO UN LAVORO:

67.5.3.1 I disturbi alla respirazione sono scomparsi o si sono ridotti con il nuovo lavoro?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

68. Ha mai avuto un incidente in casa, sul lavoro o in qualunque altro luogo che ha causato un'esposizione a **quantità elevate** di vapori, gas, polvere o fumi?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 69, SE 'SÌ'

NO SI

68.1 Quando le è successo?

Mese Anno

68.2 In che ambiente le è successo?

- A) Nella propria abitazione
- B) Nel luogo di lavoro
- C) All'interno di qualche altro luogo
- D) All'aperto

Barrare una sola casella

1
 2
 3
 4

68.3 Per quanto tempo è stato esposto?

Ore e/o minuti

68.4 È stato esposto a:

- 68.4.1 Vapori?
- 68.4.2 Gas?
- 68.4.3 Polvere?
- 68.4.4 Fumi?

NO SI

Barrare una sola casella

68.5 Mi può descrivere brevemente l'incidente che le è successo?

- A) Un fuoco o un'esplosione
- B) Una perdita di liquidi o una fuga di gas
- C) Una miscela di prodotti per le pulizie
- D) Altro (specificare): _____

1	
2	
3	
4	

68.6 Ha avuto disturbi respiratori entro le successive 24 ore dall'incidente?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 69, SE 'SÌ':

68.6.1 È andato al pronto soccorso o è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte a causa di questi disturbi respiratori?

NO SI

--	--

NO SI

--	--

69. Consuma o consumava alcolici?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 70, SE 'SÌ' O 'IN PASSATO'

NO SI In passato

--	--	--

Ai pasti Fuori Entrambi

--	--	--

69.1 Quando consuma o consumava alcolici?

69.2 Qual è il suo consumo per le seguenti bevande?

[Per ogni bevanda indichi rispettivamente quanti giorni alla settimana la consuma, quante unità ne consuma, quando ha iniziato il consumo regolare e (se applicabile) quando ha terminato il consumo regolare]

Tipo di bevanda	N° giorni/ settimana	N° unità/ settimana	Età inizio consumo regolare	Se ex bevitore, età fine consumo regolare
69.2.1 Vino (125 ml)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
69.2.2 Birra (330ml)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
69.2.3 Amari e digestivi (30 ml)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
69.2.4 Grappa (30 ml)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
69.2.5 Whisky, cognac e brandy (30 ml)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
69.2.6 Altro (almeno uno/a per settimana), specificare: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

70. Quante volte abitualmente fa attività fisica al punto da rimanere senza fiato o sudare? Barrare una sola casella
- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| A) tutti i giorni | 1 | <input type="checkbox"/> |
| B) 4-6 volte alla settimana | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) 2-3 volte alla settimana | 3 | <input type="checkbox"/> |
| D) una volta alla settimana | 4 | <input type="checkbox"/> |
| E) una volta al mese | 5 | <input type="checkbox"/> |
| F) meno di una volta al mese | 6 | <input type="checkbox"/> |
| G) mai | 7 | <input type="checkbox"/> |

71. Quante ore alla settimana abitualmente fa attività fisica al punto da rimanere senza fiato o sudare? Barrare una sola casella
- | | | |
|------------------|---|--------------------------|
| A) nessuna | 1 | <input type="checkbox"/> |
| B) circa ½ ora | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) circa 1 ora | 3 | <input type="checkbox"/> |
| D) circa 2-3 ore | 4 | <input type="checkbox"/> |
| E) circa 4-6 ore | 5 | <input type="checkbox"/> |
| F) almeno 7 ore | 6 | <input type="checkbox"/> |

72. Evita di fare sforzi fisici intensi a causa di problemi respiratori? NO SI
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

73. Quando è stata costruita la sua attuale abitazione? Anno
- | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

SOLO PER I SOGGETTI DELLA COORTE ECRHS E DELLA COORTE ISAYA:

- 73.FU Vive nella stessa abitazione in cui viveva al momento dell'ultima indagine? NO SI
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

74. Da quanti anni vive nella sua attuale abitazione? Nr. Anni
- | | | |
|--|----------------------|----------------------|
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|--|----------------------|----------------------|

75. Quale delle seguenti voci descrive meglio la sua abitazione? Barrare una sola casella
- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|
| A) roulotte o casa mobile | 1 | <input type="checkbox"/> |
| B) villa unifamiliare | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) villetta a schiera | 3 | <input type="checkbox"/> |
| D) palazzina per due famiglie | 4 | <input type="checkbox"/> |
| E) palazzina per 3 o 4 famiglie | 5 | <input type="checkbox"/> |
| F) palazzina per 5 o più famiglie | 6 | <input type="checkbox"/> |
| G) barca, tenda o camper | 7 | <input type="checkbox"/> |
| H) altro (specificare): _____ | 8 | <input type="checkbox"/> |

76. Come descriverebbe la zona in cui si trova la sua abitazione? Barrare una sola casella
- | | | |
|--|---|--------------------------|
| A) campagna o piccolo paese circondato da spazi aperti o campi | 1 | <input type="checkbox"/> |
| B) periferia di città, con parchi e giardini | 2 | <input type="checkbox"/> |
| C) periferia di città, senza parchi e giardini | 3 | <input type="checkbox"/> |
| D) zona centrale di città, con parchi e giardini | 4 | <input type="checkbox"/> |
| E) zona centrale di città, senza parchi e giardini | 5 | <input type="checkbox"/> |
| F) altro (specificare): _____ | 6 | <input type="checkbox"/> |

77. Vicino alla sua attuale abitazione ci sono impianti industriali?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Davanti alla sua abitazione le macchine passano:

- A) costantemente
- B) frequentemente
- C) raramente
- D) mai

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

79. Davanti alla sua abitazione i veicoli pesanti (ad es. camion/autobus) passano:

- A) costantemente
- B) frequentemente
- C) raramente
- D) mai

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

80. Quanti anni ha il suo materasso?

- A) meno di un anno
- B) 1-5 anni
- C) più di 5 anni

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

81. Di che cosa è fatto il suo materasso?

- A) Molle
- B) Gommapiuma (poliuretano)
- C) Lattice
- D) Poliestere (fibre cave)
- E) Lana
- F) Non lo so
- G) Altro materiale, per favore lo descriva _____

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>

82. Quanti anni ha il cuscino che utilizza per dormire?

- A) meno di un anno
- B) 1-5 anni
- C) più di 5 anni

Barrare una sola casella

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

83. Di che cosa è fatto il cuscino che utilizza per dormire?

- A) Piume d'oca
- B) Gommapiuma (poliuretano)
- C) Lattice
- D) Poliestere (fibre cave)
- E) Lana
- F) Non lo so
- G) Altro materiale, per favore lo descriva _____
- H) Non vengono usati cuscini sul letto

Barrare una sola casella

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

84. Negli ultimi **12 mesi** ha mai notato infiltrazioni d'acqua o macchie di umido sulle superfici all'interno della sua abitazione, escluse quelle nel seminterrato (ad es. sulle pareti, sulla carta da parati, sui soffitti, sulla moquette o sui tappeti)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Negli ultimi **12 mesi** c'è mai stata muffa su qualche superficie (diversa dal cibo) all'interno della casa?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Ha un gatto/i?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 87, SE 'SÌ':

86.1 Da quanti anni ha il (/i) gatto(/i)?

Anni

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

86.2 Il suo gatto (/i suoi gatti) può (/possono) entrare in casa?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86.3 Il suo gatto (/i suoi gatti) può (/possono) entrare nella sua camera da letto?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

87. Ha un cane/i?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 88, SE 'SÌ':

87.1 Da quanti anni ha il (/i) cane(/i)?

Anni

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

87.2 Il suo cane (/i suoi cani) può (/possono) entrare in casa?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87.3 Il suo cane (/i suoi cani) può (/possono) entrare nella sua camera da letto?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

88. Quand'era bambino/a, nella sua abitazione c'era un gatto?

NO	SI	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Quand'era bambino/a, nella sua abitazione c'era un cane?

NO	SI	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Utilizza regolarmente prodotti spray antipolvere o antiacari?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Utilizza regolarmente un copri-materasso anallergico per il suo materasso?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

92. Quale dei seguenti termini descrive meglio il luogo in cui ha vissuto più a lungo fino all'età di cinque anni?

Barrare una sola casella

A) fattoria

1	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

B) paese in una zona rurale

2	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

C) cittadina

3	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

D) periferia di una città

4	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

E) centro città

5	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

93. Quando si trova vicino a piante, erbe o fiori o quando c'è molto polline in giro, le capita mai di:

- 93.1 iniziare a tossire?
- 93.2 iniziare ad accusare sibili respiratori?
- 93.3 avere la sensazione di costrizione al torace?
- 93.4 iniziare ad avere il respiro corto?
- 93.5 avere il naso che cola o chiuso o di incominciare a starnutire?
- 93.6 avere prurito agli occhi o lacrimazione?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE HA RISPOSTO 'SÌ' A UNA QUALSIASI DELLE DOMANDE PRECEDENTI (DA 93.1 A 93.6):

93.7.1-4 In quale periodo dell'anno le capita?

- 93.7.1 inverno
- 93.7.2 primavera
- 93.7.3 estate
- 93.7.4 autunno

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Durante i temporali le capita di avere un peggioramento dei sintomi respiratori?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Quando viene in contatto con animali, come gatti o cani, le capita mai di:

- 95.1 iniziare a tossire?
- 95.2 iniziare ad accusare sibili respiratori?
- 95.3 avere la sensazione di costrizione al torace?
- 95.4 iniziare ad avere il respiro corto?
- 95.5 avere il naso che cola o chiuso o di incominciare a starnutire?
- 95.6 avere prurito agli occhi o lacrimazione?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96. Quando si trova in una parte polverosa della casa, o viene in contatto con cuscini o piumoni, le capita mai di:

- 96.1 iniziare a tossire?
- 96.2 iniziare ad accusare sibili respiratori?
- 96.3 avere la sensazione di costrizione al torace?
- 96.4 iniziare ad avere il respiro corto?
- 96.5 avere il naso che cola o chiuso o di incominciare a starnutire?
- 96.6 avere prurito agli occhi o lacrimazione?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97. Ha mai fumato per almeno un anno?

('SÌ' significa almeno 20 pacchetti di sigarette o 360 grammi di tabacco da pipa sino ad ora, oppure almeno una sigaretta al giorno o un sigaro alla settimana per un anno)

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 98, SE 'SÌ':

97.1 A che età ha iniziato a fumare?

Anni	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

97.2 Fuma attualmente (**nell'ultimo mese**)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 97.3, SE 'SÌ':

97.2.1-4 Quanto fuma **attualmente** in media?

97.2.1 Numero di sigarette al giorno

97.2.2 Numero di sigaretti al giorno

97.2.3 Numero di sigari alla settimana

Numero

97.2.4 Tabacco da pipa, in grammi/settimana

Grammi

--	--	--

NO SI

--	--

97.3 Ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 97.4, SE 'SÌ':

97.3.1 Ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo per problemi respiratori?

--	--

NO SI

97.3.2 A che età ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo?

--	--

Anni

97.3.3.1-4 Prima d'interrompere o ridurre l'abitudine al fumo, quanto fumava in media tenendo conto dell'intero periodo di fumo?

97.3.3.1 Numero di sigarette al giorno

97.3.3.2 Numero di sigaretti al giorno

97.3.3.3 Numero di sigari alla settimana

Numero

97.3.3.4 Tabacco da pipa, in grammi/settimana

Grammi

--	--	--

NO SI

--	--

97.4 Aspira o aspirava il fumo?

98. Negli ultimi **12 mesi** è stato **regolarmente** esposto al fumo di tabacco?

('Regolarmente' significa la maggior parte dei giorni o delle notti)

NO SI

--	--

SE 'NO'

PER I SOGGETTI:

DELLA COORTE SARA,

DELLA COORTE ECRHS CHE NON HANNO PARTECIPATO AD ECRHS II,

DELLA COORTE ISAYA CHE NON HANNO RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI

VAI ALLA DOMANDA 99.G,

SE 'NO'

PER I SOGGETTI:

DELLA COORTE ECRHS II

DELLA COORTE ISAYA (ASMATICI CORRENTI CON ASMA DIAGNOSTICATA DAL MEDICO) CHE HANNO

RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI

VAI ALLA DOMANDA 99.E,

SE 'SÌ':

98.1 Escluso lei, quante persone fumano regolarmente in casa sua?

Nr. persone

--	--

98.2 Si fuma regolarmente nella stanza dove lavora?

NO SI

--	--

98.3 Per quante ore al giorno è esposto al fumo di tabacco delle **altre persone**?

Ore

--	--

98.4 Per favore, ci può fornire maggiori dettagli?

Per quante ore al giorno è esposto al fumo di tabacco delle altre persone nei seguenti luoghi:

98.4.1 in casa

98.4.2 nel posto di lavoro

98.4.3 nei bar, nei ristoranti, nei cinema o in luoghi di ritrovo simili

98.4.4 in altri luoghi

Ore

SOLO PER I SOGGETTI:

DELLA COORTE SARA,

DELLA COORTE ECRHS CHE NON HANNO PARTECIPATO AD ECRHS II,

DELLA COORTE ISAYA CHE NON HANNO RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI:

99.G Ha mai utilizzato inalanti steroidei?

[MOSTRA LA LISTA DEGLI INALANTI STEROIDEI]

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 100, SE 'SÌ':

NO SI

99.1.G A che età ha iniziato ad utilizzare inalanti steroidei?

Anni

99.2.G **Dal momento in cui ha cominciato** ad utilizzare gli inalanti steroidei, li ha utilizzati **ogni anno?**

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 99.3.G, SE 'SÌ':

NO SI

99.2.1.G In media per quanti mesi all'anno li ha utilizzati?

ORA VAI ALLA DOMANDA 100

Nr. mesi

99.3.G Per quanti anni ha utilizzato inalanti steroidei?

Nr. anni

99.4.G In media per quanti mesi all'anno li ha utilizzati?

Nr. mesi

**SOLO PER I SOGGETTI:
DELLA COORTE ECRHS II
DELLA COORTE ISAYA (ASMATICI CORRENTI CON ASMA DIAGNOSTICATA DAL MEDICO) CHE HANNO
RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI:**

99.E **Dall'ultima indagine**, le è capitato di utilizzare inalanti steroidei? NO SI

**[MOSTRA LA LISTA DEGLI INALANTI STEROIDEI]
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 100, SE 'SI':**

99.1.E A che età ha iniziato ad utilizzare inalanti steroidei? Anni

99.2.E **Dall'ultima indagine**, ha utilizzato **ogni anno** inalanti steroidei? NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 99.3.E, SE 'SI':

99.2.1.E In media per quanti mesi all'anno li ha utilizzati? Nr. mesi
ORA VAI ALLA DOMANDA 100

99.3.E **Dall'ultima indagine**, per quanti anni ha utilizzato inalanti steroidei? Nr. anni

99.4.E In media per quanti mesi all'anno li ha utilizzati? Nr. mesi

100. Negli ultimi **12 mesi** le è capitato di utilizzare **spray o aerosol** per aiutare il suo respiro? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 101, SE 'SI':

100.1 Ricorda il nome degli **spray o aerosol** che ha utilizzato negli ultimi **12 mesi**? NO SI
SE 'NO' LEGGI LA LISTA DEGLI SPRAY E AEROSOL. RIPORTA PER ESTESO IL NOME COMMERCIALE DEI FARMACI INDICATI DAL SOGGETTO

	Nome commerciale del farmaco (es. Ventolin, aerosol dos. 200 inal. 20 mg (MDI))		Se utilizza MDI Utilizza anche il distanziatore?		Negli ultimi 3 mesi ha utilizzato questo farmaco?			Negli ultimi 3 mesi come ha utilizzato questo farmaco?												
			NO	SI	NO	SI		Al bisogno	Per brevi cicli		Continuamente									
100.1.1							SE SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100.1.2							SE SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100.1.3							SE SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100.1.4							SE SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100.1.5							SE SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

101. Negli ultimi **12 mesi** le è capitato di utilizzare **pillole, capsule, compresse o altre medicine** (che non siano spray o aerosol) per aiutare il suo respiro? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 102, SE 'SÌ':

101.1 Ricorda il nome dei farmaci che ha utilizzato per via orale negli ultimi 12 mesi ? SE 'NO' LEGGI LA LISTA DEI FARMACI ASSUNTI PER VIA ORALE. RIPORTA PER ESTESO IL NOME COMMERCIALE DEI FARMACI INDICATI DAL SOGGETTO	NO	SI
--	----	----

Nome commerciale del farmaco
(es. Tefamin compresse 200 mg)

È uno steroide?
 NO SI

101.1.1	
101.1.2	
101.1.3	
101.1.4	
101.1.5	

SE 'SÌ' VAI ALLA DOMANDA 101.2, SE 'NO' VAI ALLA 101.3

SE 'SÌ' VAI ALLA DOMANDA 101.2, SE 'NO' VAI ALLA 101.3

SE 'SÌ' VAI ALLA DOMANDA 101.2, SE 'NO' VAI ALLA 101.3

SE 'SÌ' VAI ALLA DOMANDA 101.2, SE 'NO' VAI ALLA 101.3

SE 'SÌ' VAI ALLA DOMANDA 101.2, SE 'NO' VAI ALLA 101.3

101.2 Negli ultimi **12 mesi** come ha utilizzato questo/i farmaco/i?

Nome commerciale del farmaco	Al bisogno	Per brevi cicli		Continuamente
	Numero di compresse al mese	Numero di cicli	Numero medio di giorni per ciclo	Numero di compresse al giorno
101.2.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
101.2.2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
101.2.3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
101.2.4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
101.2.5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

101.3

Nome commerciale del farmaco
(es. Ventolin, aerosol dos. 200 inal. 20 mg (MDI))

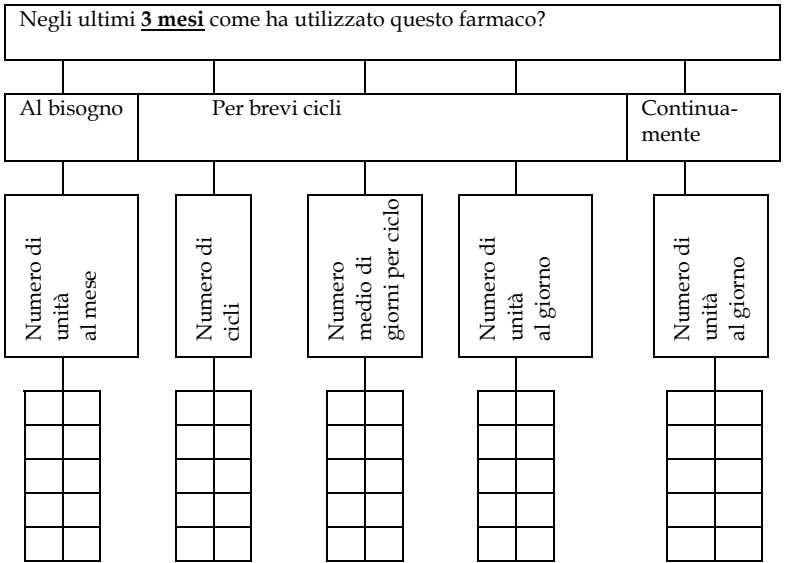
Negli ultimi **3 mesi** ha utilizzato questo farmaco?

NO SI

101.3.1
101.3.2
101.3.3
101.3.4
101.3.5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE SI
SE SI
SE SI
SE SI
SE SI



Per 'unità' si intendono compresse, capsule, cucchiari, gocce o eventuali altri tipi di somministrazione orale del farmaco.

**SOLO PER I SOGGETTI:
DELLA COORTE SARA,
DELLA COORTE ECRHS CHE NON HANNO PARTECIPATO AD ECRHS II,
DELLA COORTE ISAYA CHE NON HANNO RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI:**

102.G È mai stato vaccinato per l'allergia?
SE 'NO' O 'NON SO' VAI ALLA DOMANDA 103, SE 'SÌ':

NO SI Non so

102.1.G Per quanti anni è stato vaccinato?

Nr. anni

**SOLO PER I SOGGETTI:
DELLA COORTE ECRHS II
DELLA COORTE ISAYA (ASMATICI CORRENTI CON ASMA DIAGNOSTICATA DAL MEDICO) CHE HANNO
RISPOSTO ALL'INTERVISTA TELEFONICA SUI FARMACI:**

102.E **Dall'ultima indagine**, è stato vaccinato per l'allergia?
SE 'NO' O 'NON SO' VAI ALLA DOMANDA 103, SE 'SÌ':

NO SI Non so

102.1.E Per quanti anni è stato vaccinato?

Nr. anni

102.2 Negli ultimi **12 mesi** è stato vaccinato per l'allergia?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 103, SE 'SÌ' INDICARE PER QUALE
MOTIVO È STATO VACCINATO:

NO SI

102.2.1 per asma

1

102.2.2 per rinite

2

102.2.3 per rinite e asma

3

102.2.4 per altri motivi (specificare): _____

4

103. Negli ultimi **12 mesi** ha fatto la vaccinazione anti-influenzale? NO SI

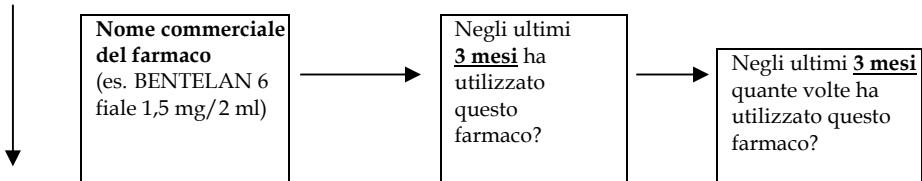
104. Fa **abitualmente (ogni anno)** la vaccinazione anti-influenzale? NO SI Non so

105. Negli ultimi **5 anni** ha effettuato una vaccinazione anti-pneumococcica? NO SI Non so

106. Negli ultimi **12 mesi** è stato sottoposto ad **iniezioni** di
Un anticorpo anti-IgE (Omalizumab-Xolair) per aiutare la sua respirazione? NO SI

107. Negli ultimi **12 mesi** si è mai sottoposto ad altre **iniezioni** che
aiutassero la sua respirazione? NO SI
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 108, SE 'SÌ':

107.1 Ricorda il nome delle iniezioni (che non siano le vaccinazioni per l'allergia) che ha utilizzato negli ultimi 12 mesi ? <i>SE 'NO' LEGGI LA LISTA DELLE INIEZIONI. RIPORTA PER ESTESO IL NOME COMMERCIALE DEI FARMACI INDICATI DAL SOGGETTO</i>	NO	SI



107.1.1		NO	SI	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107.1.2		NO	SI	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107.1.3		NO	SI	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107.1.4		NO	SI	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107.1.5		NO	SI	SE SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

108. Negli ultimi **12 mesi** ha mai usato qualche **altro rimedio** che aiutasse la sua respirazione?

NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 109, SE 'SÌ':

108.1 Negli ultimi **12 mesi**, quale altro rimedio ha utilizzato?

Negli ultimi **3 mesi** ha utilizzato questo rimedio?

Negli ultimi **3 mesi** a quante sedute si è sottoposta/o?

108.1.1 IPNOTERAPIA NO SI SE SI NO SI SE SI

108.1.2 AGOPUNTURA NO SI SE SI NO SI SE SI

108.1.3 RIFLESSOLOGIA NO SI SE SI NO SI SE SI

108.1.4 OMEOPATIA, SPECIFICARE: NO SI SE SI NO SI SE SI

(108.1.4.1)

(108.1.4.2)

(108.1.4.3)

Negli ultimi **3 mesi** quante volte ha preso questo rimedio?

108.1.5 RIMEDI ALLE ERBE, SPECIFICARE: NO SI SE SI NO SI SE SI

(108.1.5.1)

(108.1.5.2)

(108.1.5.3)

108.1.6 ESERCIZI RESPIRATORI NO SI SE SI NO SI SE SI

Negli ultimi **3 mesi** quante volte è andata/o in palestra/piscina?

108.1.7 NUOTO NO SI SE SI NO SI SE SI

108.1.8 ALTRI ESERCIZI NO SI SE SI NO SI SE SI

108.1.9 CONTROLLO DELLA DIETA NO SI SE SI NO SI

108.1.10 CICLO DI CURE TERMALI INALATORIE NO SI SE SI NO SI

108.1.11 ALTRO, SPECIFICARE: NO SI SE SI NO SI

109. Negli ultimi **3 mesi**, ha assunto regolarmente (tutti i giorni o tutte le settimane) medicine contenenti beta bloccanti, compresse gocce oculari?

NO SI

110. Il suo medico le ha mai prescritto farmaci per la respirazione?

NO SI

SE 'NO'

PER I SOGGETTI DELLA COORTE ECRHS E DELLA COORTE ISAYA
VAI ALLA DOMANDA 111.FU,

SE 'NO'

PER I SOGGETTI DELLA COORTE SARA
VAI ALLA DOMANDA 111,

SE 'SÌ':

110.1 Il suo medico le ha mai spiegato come utilizzare i vari tipi di erogatore per la somministrazione degli inalanti prescritti?

NO SI

110.2 Se le vengono prescritte medicine per la respirazione, lei **normalmente** prende:

Barrare una sola casella

A) tutte le medicine?

1

B) la maggior parte delle medicine?

2

C) qualche medicina?

3

D) nessuna medicina?

4

110.3 **Quando ha disturbi toracici acuti** e le vengono prescritte medicine per la respirazione, lei normalmente prende:

Barrare una sola casella

A) tutte le medicine?

1

B) la maggior parte delle medicine?

2

C) qualche medicina?

3

D) nessuna medicina?

4

110.4 Pensa che non le faccia bene prendere di continuo Medicine per la respirazione?

NO SI

110.5 Pensa che dovrebbe prendere tutte le medicine necessarie per risolvere i suoi problemi respiratori?

NO SI

SOLO PER I SOGGETTI DELLA COORTE ECRHS E DELLA COORTE ISAYA:

111.FU **Dall'ultima indagine**, è andato al pronto soccorso (per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 112.FU, SE 'SÌ':

111.1.FU Ciò è accaduto almeno una volta per **problemi respiratori**?

NO SI

111. Negli ultimi **12 mesi** è andato al pronto soccorso (per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 112.FU, SE 'SÌ':

111.1 Quante volte negli ultimi **12 mesi**?

Nr. volte

111.2 Di queste, quante volte per **problemi respiratori**?

Nr. volte

[Scrivere '0' se non è andato al pronto soccorso per problemi respiratori]

112.FU **Dall'ultima indagine**, è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte (per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 113, SE 'SÌ':

112.1.FU Ciò è accaduto almeno una volta per **problemi respiratori**?

NO SI

SOLO PER I SOGGETTI DELLA COORTE SARA:

111. Negli ultimi **12 mesi** è andato al pronto soccorso
(per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 112, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111.1 Quante volte negli ultimi **12 mesi**?

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

111.2 Di queste, quante volte per **problemi respiratori**?
[Scrivere '0' se non è andato al pronto soccorso per problemi respiratori]

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

112. Negli ultimi **12 mesi** è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte
(per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 113, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

112.1 Quante volte negli ultimi **12 mesi**?

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

112.2 Ciò è accaduto almeno una volta per **problemi respiratori**?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 113, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

112.2.1-5 Negli ultimi **12 mesi** quante volte è stato ricoverato
per almeno una notte in ognuno dei seguenti reparti
per **problemi respiratori**?

- 112.2.1 medicina generale
- 112.2.2 pneumologia
- 112.2.3 riabilitazione
- 112.2.4 unità di terapia intensiva (rianimazione)
- 112.2.5 altro

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

113. Negli ultimi **12 mesi** è stato visitato dal suo medico di famiglia
(per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 114, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113.1 Quante volte negli ultimi **12 mesi**?

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

113.2 Di queste, quante volte per **problemi respiratori**?
[Scrivere '0' se non è stato visitato dal medico di famiglia per problemi respiratori]

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

114. Negli ultimi **12 mesi** è stato visitato da uno specialista
(per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)?
SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 115, SE 'SÌ':

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

114.1 Quante volte negli ultimi **12 mesi**?

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

114.2 Tra queste, quante volte è stato visitato da uno specialista (pneumologo,
allergologo, medico internista, otorino) per **problemi respiratori**?
[Scrivere '0' se non è stato visitato da uno specialista per problemi respiratori]

Nr. volte

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

115. Le vengono fissati appuntamenti a intervalli regolari per essere visto
da un medico a causa di **problemi respiratori**?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

116. Negli ultimi **12 mesi** quante volte si è recato dai seguenti operatori sanitari per **problemi respiratori**?

116.1 infermiere

116.2 fisioterapista

116.3 specialista di una medicina 'alternativa'

Nr. volte

117. Negli ultimi **12 mesi** ha effettuato qualche esame clinico o di laboratorio per problemi di salute (escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 118, SE 'SÌ':

117.1 Ciò è accaduto almeno una volta per **problemi respiratori**?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 118, SE 'SÌ':

117.1.1-5 Negli ultimi **12 mesi** quante volte ha effettuato i seguenti esami per **problemi respiratori**?

117.1.1 spirometria o altri test di funzionalità respiratoria

117.1.2 prove allergologiche cutanee

117.1.3 esami del sangue per allergie

117.1.4 radiografie del torace

117.1.5 TAC del torace

Nr. volte

118. Ha lavorato negli ultimi **12 mesi**?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO'

PER I SOGGETTI DELLA COORTE ECRHS E DELLA COORTE ISAYA
VAI ALLA DOMANDA 119.FU,

SE 'NO'

PER I SOGGETTI DELLA COORTE SARA
VAI ALLA DOMANDA 119,

SE 'SÌ':

118.1 Negli ultimi **12 mesi** ha perso giorni di lavoro per problemi di salute (escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SE 'NO'

PER I SOGGETTI DELLA COORTE ECRHS E DELLA COORTE ISAYA
VAI ALLA DOMANDA 119.FU,

SE 'NO'

PER I SOGGETTI DELLA COORTE SARA
VAI ALLA DOMANDA 119,

118.1.1 Quanti giorni negli ultimi **12 mesi**?

Nr. giorni		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

118.1.2 Di questi, quanti per **problemi respiratori**?

Nr. giorni		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[Scrivere '0' se non ha perso giorni di lavoro per problemi respiratori]

SOLO PER I SOGGETTI DELLA COORTE ECRHS E DELLA COORTE ISAYA:

119.FU **Dall'ultima indagine**, è stato costretto a **smettere di lavorare**
per problemi di salute (escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

NO SI

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 120, SE 'SÌ':

119.1.FU Quando?

Mese Anno

119.2.FU Ciò è accaduto per **problemi respiratori**?

NO SI

SOLO PER I SOGGETTI DELLA COORTE SARA:

119. Negli ultimi **12 mesi** è stato costretto a **smettere di lavorare**
per problemi di salute (escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

SE 'NO' VAI ALLA DOMANDA 120, SE 'SÌ':

119.1 Quando?

NO SI

Mese Anno

119.2 Ciò è accaduto per **problemi respiratori**?

NO SI

120. Qualunque sia la sua condizione professionale, negli ultimi **12 mesi**
ha sottratto giorni ad **altre attività** (es. cura dei figli, della casa, studio)
per problemi di salute (escludendo gli incidenti e gli infortuni)?

NO SI

SE 'NO' IL QUESTIONARIO È TERMINATO, SE 'SÌ':

120.1 Quanti giorni in media al mese?

Nr. giorni

120.2 Di questi, quanti per **problemi respiratori**?

Nr. giorni

[Scrivere '0' se non ha sottratto giorni ad altre attività per problemi respiratori]

FINE

INTERVISTATORE