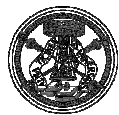


Università di Pavia - Questionario sul rischio endocrino-metabolico e cardiovascolare nella popolazione non assistita dal Sistema Sanitario Nazionale in Italia

Codice ente MEDICI VOLONTARI ITALIANI - ONLUS

Codice paziente: _____ età: _____

1	Sesso	<input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M
2	In quale Stato sei nata?					
3	Stato civile	<input type="checkbox"/> coniugata	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Convivente		
4	Nazionalità del partner:					
5	Quanti figli hai?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 o più
6	Luogo di nascita dei figli	<input type="checkbox"/> Italia			<input type="checkbox"/> Altro	
7	Sei incinta o hai partorito da meno di un anno?	<input type="checkbox"/> Sì			<input type="checkbox"/> No	
8	Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media	<input type="checkbox"/> Licenza superiore	<input type="checkbox"/> Laurea	
9	Tempo di permanenza in Italia	<input type="checkbox"/> < 1 anno	<input type="checkbox"/> 1-3 anni	<input type="checkbox"/> 4-6 anni	<input type="checkbox"/> 7-9 anni	<input type="checkbox"/> > 9 anni
10	Quanto sei alta? (cm)					
11	Quanto pesi? (kg)					
12	Variazioni di peso corporeo dal trasferimento in Italia rispetto al paese di origine	<input type="checkbox"/> stabile	<input type="checkbox"/> diminuito	<input type="checkbox"/> aumentato		
13	Pressione arteriosa	Massima	Minima			
14	Sai di avere qualche malattia cronica?	Iperensione (pressione alta) <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	Malattie renali <input type="checkbox"/>		
15	Stai assumendo o hai assunto farmaci per queste malattie croniche?	Per l'ipertensione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Se si ti ricordi il nome?	Per il diabete <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Se si ti ricordi il nome?	Per le malattie renali <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Se si ti ricordi il nome?		
16	Quali altri farmaci stai assumendo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non ricordo il nome	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non ricordo il nome	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non ricordo il nome		
17	Fumi?	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No		
18	Sai di avere qualche malattia alla tiroide?	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Non so



Università di Pavia - Questionario sul rischio endocrino-metabolico e cardiovascolare nella popolazione non assistita dal Sistema Sanitario Nazionale in Italia

19	C'è qualche membro della tua famiglia (nonni, genitori, fratelli o figli) con malattie alla tiroide?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	
20	Stai assumendo o hai assunto farmaci per malattie tiroidee?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Levotiroxina (es. eutirox, tirosint, tichè)	<input type="checkbox"/> tiamazolo (tapazole) o propiltiouracile	
21	Stai assumendo integratori per la gravidanza?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, solo acido folico	<input type="checkbox"/> Sì, multivitaminico (es. materna/materna DHA multicentrum mamma)	
22	Quale tipo di sale utilizzi più frequentemente?	<input type="checkbox"/> Iodato	<input type="checkbox"/> Non iodato/marino	<input type="checkbox"/> Non so	
23	Indica con quale frequenza consumi i cibi indicati (fai riferimento alla frequenza in una settimana)				
	Latte (1 tazza=125ml)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 tazze	<input type="checkbox"/> 4-7 tazze	<input type="checkbox"/> > 8 tazze
	Formaggio (1 porz = 100 g)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz
	Yogurt (1 porz= 125 g)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz
	Verdura	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz
	Frutta (1 porz= 1 frutto)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz
	Uova	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz
	Pane (1 porz= 1 panino)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-7 porz	<input type="checkbox"/> 7-14 porz	<input type="checkbox"/> > 15 porz
	Pasta (1 porz= 80 g)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz
	Riso (1 porz= 60 g)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz
	Pesce	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1-3 porz	<input type="checkbox"/> 4-7 porz	<input type="checkbox"/> >8 porz

Grazie per aver preso parte a questo studio