Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

PROGETTO MOLI-SANI

LISTA VARIABILI PER IL QUESTIONARIO

Fase 1

UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE
Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche
LOCALITÀ TAPPINO - 86100 CAMPOBASSO, ITALY
TEL +39 0874 312276 *info@moli-sani.org* *FAX +39 0874 312710*

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

Sommario

Scopo del documento e' fornire tutte le informazioni utili per il questionario dello studio epidemiologico Moli-Sani. Il questionario sarà fornito di circa 700 variabili a risposte singole e multiple, per ogni risposta sarà dato anche i valori di riferimento.

Sulla prima colonna è riportata la numerazione progressiva per capitolo, paragrafo, argomento e sottocategoria. Nella figura a destra il paragrafo è il 3.6.3, l'argomento (domanda) è se svolge qualche attività fisica sportiva, se la risposta e si, il .1 identifica il sotto argomento.

3.6.3. Attività fisica sportiva svolta durante il tempo libero

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
3.6.3.1	Svolge qualche attività sportiva durante il tempo libero?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,..)
3.6.3.1.1	**Se Si, quale sport pratica?**			
3.6.3.1.1.1	*Lista degli sport praticati*	Numerico	Pop-up	Allegato 3.6
3.6.3.1.1.2	*Con che frequenza*	Numerico	Pop-up	Allegato 3.6.3.1.1.2
3.6.3.1.1.n	**Ripetere il punto dal 3.6.3.1.1 fino al 3.6.3.1.1.2 n volte quanti sport l'intervistato dichiara**			

Nella seconda colonna c'è una breve descrizione della domanda (variabile), segue il formato da noi richiesto per la risposta a quella domanda, l'inserimento identifica come vorremmo che fosse gestita la risposta dal software:

- ✓ Pop-up è a menù a tendina,
- ✓ Manuale, l'operatore deve inserire a tastiera il dato
- ✓ Automatico, è il software ad inserire automaticamente la risposta

Alla voce informazioni varie ho cercato di inserire informazioni sulla codifica delle risposte, la larghezza (in caratteri) della risposta e altre info utili.

Gli allegati sono stati usati per rendere più leggibile le informazioni sulle singole domande, valori ammessi e eventuali range di inserimento.

Questo documento non è completo ma soprattutto non è definitivo, come tutti i questionari di epidemiologia la completezza delle domande si avrà solo dopo la fase pilota, ma per adesso lo possiamo considerare completo per un buon 97.5%. Gli accordi con la società Aracne erano e sono quelli di riservarci eventuali modifiche al testo (correzioni grammaticali e "italianizzazione" di domande tecniche, tali a renderle comprensibili a chiunque) nell'ordine di un 5% sul totale.

A questo questionario manca tutta la parte "Alimentare".

Marco G. Olivieri

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

INDICE

INTRODUZIONE.....

1 *Informazioni generali sulla "**P**ersona **R**eclutata **S**tudio **M**oli-Sani"*.....
2 *Esami strumentali (peso, altezza, pressione attuale etc)*.....
3 *Fattori di rischio per tumori e malattie cardiovascolari*.....
3.1 *Stato sociale*.....
3.2 *Infezioni*.....
3.3 *Fumo*.....
3.3.1 *Fumatore*.....
3.3.2 *Fumo passivo*.....
3.4 *Stato ormonale*.....
3.5 *Storia del peso corporeo*.....
3.6 *Attività fisica*.....
3.6.1 *Attività fisica lavorativa*.....
3.6.2 *Attività fisica non sportiva*.....
3.6.3 *Attività fisica sportiva svolta durante il tempo libero*.....
3.6.4 *Walking (abitudine a camminare a piedi)*.....
3.7 *Ipertensione, Ipercolesterolemia e Diabete*.....
3.8 *Accertamenti*.....
3.9 *Familiarità per tumori e malattie cardiovascolari*.....
3.10 *Partecipazione a Studi Clinici/Epidemiologici*.....
4 *Anamnesi patologica*.....
4.1 *Anamnesi patologica per tumori e malattie cardiovascolari*.....
4.2 *Anamnesi patologica per altre malattie*.....
4.3 *Anamnesi patologica per malattie dell'apparato respiratorio*.....
4.4 *Terapia farmacologica*.....
5 *Analisi di laboratorio*.....
5.1 *Analisi del sangue*.....
5.2 *Analisi delle urine*.....
6 *Questionario Alimentare*.....
7 *Allegato A*.....
8 *Allegato B*.....

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

1. Informazioni Generali sul Paziente

Dati disponibili in Anagrafica precedentemente inseriti dalla segreteria durante le telefonate per gli appuntamenti				
	Nome (descrizione variabile)	***Formato***	***Inserimento***	***Informazioni varie***
1.1	Data del Questionario	Data	Automatico	=GetDate()
1.2	Codice PRSM (codice a barre)	Numerico	Automatico	123456789
1.3	Nome	Testo	Manuale	
1.4	Cognome	Testo	Manuale	
1.5	Sesso	Testo	Pop-up	1=M; 2=F
1.6	Data di nascita	Data	Manuale	25/10/1965
1.7	Età	Numerico	Automatico	38
1.8	Telefono	Testo	Manuale	08747171717
1.9	Cellulare	Testo	Manuale	32899999999
1.10	e-mail	Testo	Manuale	Pippo.pluto@
1.11	Indirizzo	Testo	Manuale	Via de
1.12	Cap	Testo	Manuale	86100
1.13	Comune	Testo	Manuale	Campobasso
1.14	Provincia	Testo	Manuale	CB
1.15	Nome del medico curante (MMG)	Testo	Pop-up	Codice Molise Dati
Dati che verranno inseriti dalla segretaria durante la firma del consenso informato				
1.16	Sesso	Testo	Automatico	F; M
1.17	Data di nascita	Data	Manuale	25/10/1965
1.18	Luogo di nascita	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A1.20
1.19	Luogo di nascita nonno pat.	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A1.20
1.20	Luogo di nascita nonna pat.	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A1.20
1.21	Luogo di nascita nonno mat.	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A1.20
1.22	Luogo di nascita nonna mat.	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A1.20
1.23	Area di residenza	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A1.25
1.24	Stato Civile	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A1.26
1.25	Ha figli?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

2. Esami strumentali

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
2.1	Peso	Numerico	Manuale	3 Cifre (Kg) (Range vedi allegato B2.1)
2.2	Altezza	Numerico	Manuale	3 Cifre (Cm) (Range vedi allegato B2.2)
2.3	Circonferenza vita	Numerico	Manuale	3 Cifre (Cm) (Range vedi allegato B2.3)
2.4	Circonferenza fianchi	Numerico	Manuale	3 Cifre (Cm) (Range vedi allegato B2.3)
2.5	Ratio fianchi/vita (vedere a video)	Numerico	Calcolato	= 2.4 / 2.3
2.6	Corporatura (a giudizio dell'intervistatore)	Numerico	Manuale	Vedi allegato A2.6
2.7	Pressione Sistolica 1ª mis. (Max)	Numerico	Manuale e/o Automatica	3 Cifre (mmHg) (Range vedi allegato B2.7)
2.8	Pressione Diastolica 1ª mis. (Min)	Numerico	Manuale e/o Automatica	3 Cifre (mmHg) (Range vedi allegato B2.8)
2.9	Pressione Sistolica 2ª mis. (Max)	Numerico	Manuale e/o Automatica	3 Cifre (mmHg) (Range vedi allegato B2.7)
2.10	Pressione Diastolica 2ª mis. (Min)	Numerico	Manuale e/o Automatica	3 Cifre (mmHg) (Range vedi allegato B2.8)
2.11	Frequenza Cardiaca 1ª mis.	Numerico	Manuale e/o Automatica	3 Cifre (n/min) (Range vedi allegato B2.11)
2.12	Frequenza Cardiaca 2ª mis.	Numerico	Manuale e/o Automatica	3 Cifre (n/min) (Range vedi allegato B2.11)
2.13.n	**Tutti i valori derivanti dall'ECG**			**Da decidere**
Prima di fare la SPIROMETRIA (I partecipanti devono essere invitati a NON prendere farmaci inalanti il giorno prima del TEST e a NON fumare almeno un'ora prima – meglio 12 ore prima del TEST)				
2.14	Le hanno mai fatto un test di funzione polmonare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
2.15	Fuma correntemente?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
2.15.1	*Se si, quando ha fumato l'ultima sigaretta?*	Numerico	Pop-up	2 Cifre Vedi allegato A2.8.3
2.16	Usa farmaci inalanti (Spray per naso o bocca)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
2.16.1	*Se si, quando li ha usati l'ultima volta?*	Numerico	Manuale	2 Cifre Vedi allegato A2.8.3
2.16.2	*Quali ha usato?*	Numerico	Pop-up	Codice **MINSAN10** **Classe ATC: R**
2.17.n	**Tutti i valori derivanti dalla SPIROMETRIA**			**Da decidere**

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3. Fattori di rischio

3.1. Stato sociale

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
3.1.1	Professione	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.1.1
3.1.2	Professione Precedente	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.1.1
3.1.3	Professione del coniuge	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.1.1
3.1.4	Titolo di studio	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.1.4
3.1.5	A che età ha finito di studiare?	Numerico	Manuale	Range: 5-35
Stato sociale attuale				
3.1.6	La casa dove vive è:	Numerico	Manuale	Vedi Allegato A3.1.6
3.1.7	n° di stanze (servizi esclusi)	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa (Range vedi allegato B3.1.7)
3.1.8	n° di conviventi (escluso l'intervistato)	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa (Range vedi allegato B3.1.8)
3.1.9	Reddito complessivo familiare medio (includendo tutti i familiari)	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.1.9
Stato sociale all'infanzia (a 8 anni)				
3.1.10	La casa dove viveva era:	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.1.6
3.1.11	n° di stanze (servizi esclusi)	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.1.12	n° di conviventi (escluso l'intervistato)	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.1.13	Disponibilità acqua calda	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.2. Infezioni

	Nome (descrizione variabile)	***Formato***	***Inserimento***	***Informazioni varie***
3.2.1	Ha fatto uso di antibiotici nell'ultimo anno?	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.2.1
3.2.2	Ha avuto bronchite/tosse nell'ultimo anno?	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.2.2
3.2.3	Ha avuto influenza/febbre nell'ultimo anno?	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato A3.2.2
3.2.4	Fa uso di vaccini antinfluenzali?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.2.4.1	*Se Si, da quanti anni?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.3. Fumo

3.3.1. Fumatore

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
3.3.1	Lei ha mai fumato sigarette durante la sua vita?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 3.3.2 (Fumo passivo), Si, Ex oNon sa … continua			
3.3.1.1	Ha fumato almeno 100 sigarette nella sua vita?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.1.2	Fuma sigarette attualmente?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato 3.3.1.1
3.3.1.2.1	*Se NO, quanti anni aveva quando ha fumato l'ultima sigaretta?*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
	Se "NO e Non vuole rispondere" salta le domande se vuole smettere, Si, Non sa … continua			
3.3.1.3	Nell'ultimo mese, quanti giorni ha fumato?	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.3.1.4	Quante sigarette ha fumato mediamente al giorno nell'ultimo mese?	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.3.1.5	Quanti anni aveva quando ha iniziato a fumare regolarmente?	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.3.1.6	Ci dica quale fra queste frasi meglio descrive il suo modo di fumare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato 3.3.1.6
3.3.1.7	Ci dica quale fra queste frasi meglio descrive quanta parte della sigaretta fuma?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato 3.3.1.7
3.3.1.8	Ci dica quale fra queste frasi meglio descrive quanta boccate fa mentre fuma?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato 3.3.1.8
3.3.1.9	Dopo quanti minuti al risveglio fuma la sua prima sigaretta	Numerico	Manuale	Vedi allegato 3.3.1.1.11
3.3.1.10	Fuma sigari?	Numerico	Pop-up	0=No 1=Si 2=Ex Fumatore 8=Si rifiuta di rispondere
3.3.1.10.1	*Se fumatore o ex: n° sigari/die*	Numerico	Manuale	2 Cifre 97: < 1 sig/die 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.3.1.11	Fuma la pipa?	Numerico	Pop-up	0=No 1=Si 2=Ex Fumatore

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

				8=Si rifiuta di rispondere
3.3.1.11.1	*Se fumatore o ex: n° grammi/die*	Numerico	Manuale	2 Cifre 97: < 1 gr./die 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.3.1.12	Se DONNA (Sposata con figli **1.25=Si**): Ha smesso di fumare durante la gestazione e / o l'allattamento?	Numerico	Pop-up	0=Non ho mai smesso 1=Si, in entrambi i casi 2=Solo durante la gravidsanza 3=Solo durante l'allattamento 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.3.1.13	Se MASCHIO (Sposato con figli **1.25=Si**) Ha smesso di fumare IN CASA durante la gestazione e / o l'allattamento di sua moglie?	Numerico	Pop-up	0=Non ho mai smesso 1=Si, in entrambi i casi 2=Solo durante la gravidsanza 3=Solo durante l'allattamento 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.3.1.14	(SE SPOSATO e con FIGLI **1.25=Si**): Ha smesso di fumare in casa quando i bambini erano piccoli?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.1.15	Sta considerando seriamente l'ipotesi di smettere di fumare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.1.16	Ha mai smesso di fumare solo per un giorno o un pò di più perché stava cercando di smettere?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.1.16.1	*Se si, ha mai tentato di smettere tramite farmaco?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.1.16.1.1	*Se Si, quale trattamento ha usato?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.3.1.16.1.1
3.3.1.16.2	*Se ha usato altri metodi, quali?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.3.1.16.2
3.3.1.16.3	Quando ha smesso (o tentato di smettere) di fumare, che sistema ha usato?	Numerico	Pop-up	1: Da solo 2: Assistito dal mio medico 3: Assistito da un centro antifumo 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.3.1.16.4	Che cosa ha usato per smettere di fumare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.3.1.16.4
3.3.1.16.5	Quanti tentativi ha fatto per smettere di fumare?	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.3.2. Fumo passivo

	Nome (descrizione variabile)	Formato	Inserimento	Informazioni varie
3.3.2.1	Quando era bambino, in casa fumava suo Padre?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.2.2	Quando era bambino, in casa fumava sua Madre?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.2.3	Quando era bambino, in casa fumavano altri (Nonni, Zie, Zii) parenti che vivevano in casa.?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.2.4	Quando era bambino, soggiornava in una stanza piena di fumo di sigaretta?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.3.2.4
3.3.2.5	Fuma il suo coniuge/partner?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.2.6	Attualmente le persone con cui lei vive fumano?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.2.6.1	*Ci indichi per quante ore al giorno fumano in sua presenza:*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.3.2.7	Durante l'orario di lavoro, fumano in sua presenza:	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.2.7.1	*Ci indichi per quante ore al giorno fumano in sua presenza:*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.3.2.8	Fuori l'orario di lavoro, quando esce con gli amici (Ristorante, Pizzeria etc), fumano in sua presenza?	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.3.2.8.1	*Ci indichi per quante ore al giorno fumano in sua presenza:*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.4. Stato ormonale (Solo donne: Sesso=F; Check sul sesso dell'intervistato variabile 1.5)

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
3.4.1	Ricorda quanti anni aveva quando ha avuto la prima mestruazione?	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.4.2	Come caratterizzerebbe il suo stato mestruale dal primo ciclo all'anno scorso?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.4.2
3.4.3	Ha avuto mestruazioni negli ultimi 12 mesi			
	Se la risposta della 3.4.3 è =No vai all 3.4.3.1, se è =15 vai alla 3.4.3.4, altrimenti vai alla 3.4.4			
3.4.3.1	*Se Si, come caratterizzerebbe il suo stato mestruale dell'ultimo anno?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.4.3
3.4.3.1	Per quale ragione il periodo mestruale si è interrotto?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.4.3.1
3.4.3.2	A che età?	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.4.3.3	Quando si è interrotto il suo ciclo, quanto era il suo peso?	Numerico	Manuale	3 Cifre 998=Non vuole rispondere 999=Non Ricorda/Non sa
3.4.3.4	*Se e incinta (risposta 3.4.3 = 15), a che mese (n° di settimane)?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99=Non ricorda
3.4.4	Numero di gravidanze totali (a termine e non a termine)?	Numerico	Manuale	2 cifre 00=Mai 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.4.5	Ha mai avuto aborti spontanei e/o provocati?	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.4.5.1	*Se si, quanti?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
Contraccetivi orali e terapia sostitutiva ormonale				
3.4.6	Ha mai fatto uso di contraccetivi orali (pillola) come anticoncezionale o come terapia di regolarizzazione del ciclo?	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.4.6.1	*Se si, a che età ha iniziato*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.4.6.2	*Se si, a che età ha smesso?*	Numerico	Manuale	2 cifre 00:li usa ancora

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

				98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.4.6.3	*Considerando che lei puo aver interrotto più volte l'uso della pillola, quanti mesi o anni complessivamente ne ha fatto uso*	Numerico	Manuale	3 cifre (n°mesi) 998=Non vuoile rispondere 999=Non ricorda/Non sa Conversione anni in mesi automatica
Domande sugli ormoni che sono stati presi per ragioni diverse da anticoncezionale e regolatori del ciclo. **Se sono stati presi ormoni per il tumore al seno <u>NON INCLUDERLI</u>**.(Domanda che deve rivolgere l'intervistatore medico all'intervistato)				
	Se la 3.4.3= No e la 3.4.3.1 =14			
3.4.7	Ha mai preso estrogeni, progestinici o altri ormoni femminili per aiutarla nei sintomi della menopausa?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.4.7.1	*Se si, che tipo/tipi di ormoni ha usato più recentemente?*	Numerico	Pop-up	1:Estrogeni 2:Progestinici 3:Entrambi 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.4.7.2	*Se si, a che età ha iniziato*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.4.7.3	*Se si, a che età ha smesso)?*	Numerico	Manuale	2 cifre 00:li usa ancora 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.4.7.4	*Considerando che lei puo aver interrotto più volte la somministrazione di questo ormone, quanti mesi o anni complessivamente ne ha fatto uso*	Numerico	Manuale	3 cifre (n°mesi) 998=Non vuole rispondere 999=Non ricorda/Non sa Conversione anni in mesi automatica
3.4.7.5	*Specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	Codice MINSAN10 Classe ATC: G03
3.4.7.6	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
3.4.7.7	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
3.4.7.8	*Quando ha assunto il farmacol'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
3.4.7.n	**Ripetere il punto dal 3.4.7.5 fino al 3.4.7.8 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
3.4.8	Segue attualmente terapie alternative a quella farmacologica::	Testo	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
QUI IMPOSTARE UN PACCHETTO DI RISPOSTE MULTIPLE IDENTICHE PER OGNI TERAPIA ALTENATIVA A				

Subject responsible	*Project responsible*	*Data*	*Versione documento*
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

QUELLA FARMACOLOGICA				
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA				
3.4.8.1	Omeopatia	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.2	Ayurvedica	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.3	Medicina tradizionale cinese (comprende agopuntura)	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.4	Naturopatia	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.5	Meditazione, preghiera (non quella ordinaria, ma specificamente legata ad un tentativo di terapia)	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.6	Qi gong, Reiki, Digitopressione ed altri interventi sui campi energetici del corpo	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.7	Rimedi erboristici e/o integratori alimentari	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.8	Nessuna delle precedenti: ho fatto ricorso ad un operatore dell'occulto (maghi, astrologi e simili)	Numerico	Pop-up	0:No; 1:Si
3.4.8.9	Altro	Testo	Manuale	50 Caratteri

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.5. Storia del peso corporeo

	Nome (descrizione variabile)	***Formato***	***Inserimento***	***Informazioni varie***
3.5.1	All'eta di 10 anni (scuola elementare) era:	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.5.1
3.5.2	Quanti Kg pesava a 20 anni	Numerico	Manuale	3 cifre 998=Non vuole rispondere 999=Non ricorda/Non sa (Range vedi allegato B2.1)
3.5.3	Quanti Kg pesava a 40 anni	Numerico	Manuale	3 cifre 998=Non vuole rispondere 999=Non ricorda/Non sa (Range vedi allegato B2.1)
3.5.4	Quale è il peso massimo raggiunto nel corso della sua vita, **escludendo quello raggiunto in gravidanza o nell'anno in corso**?	Numerico	Manuale	3 cifre 998=Non vuole rispondere 999=Non ricorda/Non sa (Range vedi allegato B2.1)
3.5.4.1	*A quale età?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa (Check sulla data di nascita)
3.5.5	Come considera la sua corporatura?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A2.4
3.5.6	Ha mai fatto diete durante la sua vita?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.5.6.1	*Se si, perché?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.5.6.1
3.5.6.2	Le è capitato di perdere peso (oltre 5 Kg), in seguito a dieta dimagrante recuperando successivamente il peso perduto in più di una occasione?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.6. Attività fisica

3.6.1. Attività fisica lavorativa

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
3.6.1.1	Lei lavora attualmente (n° giorni la settimana)	Numerico	Manuale	1 Cifra n=di giorni la settimana 0=No 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.6.1.2	Quanto è lunga in media la sua giornata lavorativa?	Numerico	Manuale	2 Cifre con 2 decimali es: 7,25 (7 ore e ¼) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.1.3	Come definirebbe il suo lavoro?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.6.1.3
3.6.1.4	Come si reca a lavoro?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.6.1.4
3.6.1.5	Se va a piedi, quanto tempo impiega in media al giorno per andare e tornare da casa al posto di lavoro.	Numerico	Manuale	2 Cifre con 2 decimali es: 7,25 (7 ore e ¼) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.1.6	Come definirebbe la sua andatura	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A3.6.1.6

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.6.2. Attività fisica non sportiva

Considerando l'attività fisica si ricordi che**: FOGLIO DA STAMPARE E METTERE TRA LE INFORMAZIONI E PROMEMORIA DEGLI INTERVISTATORI**

LEGGERO è riferito ad uno sforzo che non causa, o quasi, l'affanno e/o sudorazione

MODERATO è riferito ad uno sforzo che causa respiro corto ed un poco di sudorazione

PESANTE è riferito ad uno sforzo che causa respiro corto e sudorazione più o meno continua

MOLTO PESANTE è riferito ad uno sforzo massimo o vicino al massimo che causa un respiro affannoso, che non permette di parlare, e causa una continua e profusa sudorazione

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
Quali di queste attività svolge durante la settimana, in che modo e per quante ore o minuti				
3.6.2.1	Fa la spesa a piedi portando borse e pacchi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.6.2.1.1	*Quante volte a settimana*	Numerico	Pop-up	**2 Cifre** 0=Mai n=n°di volte 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.1.2	*Come definirebbe il suo sforzo?*	Numerico	Pop-up	**1 Cifra** 1:Leggero 2:Moderato 3:Pesante 4:Molto pesante 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.6.2.1.3	*Quanto tempo impiega ogni volta?*	Numerico	Manuale	**2 Cifre con 2 decimali** es: 7,25 (7 ore e ¼) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.2	Fa la lavori di casa pesanti (pulizie …)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.6.2.2.1	*Quante volte a settimana*	Numerico	Pop-up	**2 Cifre** 0=Mai n=n°di volte 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.2.2	*Come definirebbe il suo sforzo?*	Numerico	Pop-up	**1 Cifra** 1:Leggero 2:Moderato 3:Pesante 4:Molto pesante 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.6.2.2.3	*Quanto tempo impiega ogni volta?*	Numerico	Manuale	**2 Cifre con 2 decimali**

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

				es: 7,25 (7 ore e ¼) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.3	Accudisce i bambini (se nonni, i nipotini)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.6.2.3.1	*Quante volte a settimana*	Numerico	Pop-up	**2 Cifre** 0=Mai n=n°di volte 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.3.2	*Come definirebbe il suo sforzo?*	Numerico	Pop-up	**1 Cifra** 1:Leggero 2:Moderato 3:Pesante 4:Molto pesante 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.6.2.3.3	*Quanto tempo impiega ogni volta?*	Numerico	Manuale	**2 Cifre con 2 decimali** es: 7,25 (7 ore e ¼) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.4	Fa lavori di manutenzione e/o riparazione in casa?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.6.2.4.1	*Quante volte a settimana*	Numerico	Pop-up	**2 Cifre** 0=Mai n=n°di volte 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.4.2	*Come definirebbe il suo sforzo?*	Numerico	Pop-up	**1 Cifra** 1:Leggero 2:Moderato 3:Pesante 4:Molto pesante 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.6.2.4.3	*Quanto tempo impiega ogni volta?*	Numerico	Manuale	**2 Cifre con 2 decimali** es: 7,25 (7 ore e ¼) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.5	Fa lavori di giardinaggio, agricoltura o cura l'orto?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.6.2.5.1	*Quante volte a settimana*	Numerico	Pop-up	**2 Cifre** 0=Mai n=n°di volte 98:Non vuole rispondere

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

				99:Non ricorda/Non sa
3.6.2.5.2	*Come definirebbe il suo sforzo?*	Numerico	Pop-up	**1 Cifra** 1:Leggero 2:Moderato 3:Pesante 4:Molto pesante 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.6.2.5.3	*Quanto tempo impiega ogni volta?*	Numerico	Manuale	**2 Cifre con 2 decimali** es: 7,25 (7 ore e ¼) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.6.3. Attività fisica sportiva svolta durante il tempo libero

	Nome (descrizione variabile)	***Formato***	***Inserimento***	***Informazioni varie***
3.6.3.1	Svolge qualche attività sportiva durante il tempo libero?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.6.3.1.1	**Se Si, quale sport pratica?**			
3.6.3.1.1.1	*Lista degli sport praticati*	Numerico	Pop-up	Allegato 3.6
3.6.3.1.1.2	*Con che frequenza*	Numerico	Pop-up	Allegato 3.6.3.1.1.2
3.6.3.1.1.n	**Ripetere il punto dal 3.6.3.1.1 fino al 3.6.3.1.1.2 n volte quanti sport l'intervistato dichiara**			

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.6.4. Walking (abitudine a camminare a piedi)

	Nome (descrizione variabile)	Formato	Inserimento	Informazioni varie
3.6.4.1	Considerando tutto il tempo di cammino durante i giorni lavorativi e di riposo, sa indicarmi quanti minuti cammina complessivamente durante la settimana?	Numerico	Manuale	3 Cifre (minuti) 998:Non vuole rispondere 999:Non ricorda/Non sa
3.6.4.2	Considerando tutto il tempo di cammino durante i giorni lavorativi e di riposo, sa calcolare approssimativamente la distanza che percorre durante la settimana?	Numerico	Manuale	2 Cifre (Km) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.6.4.3	Confrontando la sua andatura con quella di una persona sana della sua stessa età, come definisce la sua andatura	Numerico	Manuale	1:Piano 2:Normale 3:Veloce 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.6.4.4	Calcoli quante rampe di scale sale durante la settimana. (*Una rampa equivale a 10 scalini, due rampe corrispondono ad un piano*).	Numerico	Pop-up	2 Cifre (n° di rampe) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.7. Ipertensione, Ipercolesterolemia e Diabete

	Nome (descrizione variabile)	Formato	Inserimento	Informazioni varie
IPERTENSIONE (Codice ICD9: 401.X; 402.X; 403.X; 404.X; 437.X; Si mette X per indicare la categoria a meno che non si conosca la diagnosi)				
3.7.1	Le è mai stata fatta diagnosi di **IPERTENSIONE ARTERIOSA**? Il medico le ha detto che ha la pressione alta?	Numerico	Pop-up	0=No 1=Si (all'età) 2=Si, solo in gravidanza 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.7.1.1	*Se si, a che età le è stata fatta la diagnosi per la prima volta?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.7.1.2	E' stato mai curato per la pressione alta?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.1.3	Prende attualmente farmaci per la pressione alta?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.1.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
3.7.1.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
3.7.1.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
3.7.1.3.4	*Quando ha assunto il farmacol'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
3.7.1.3.n	**Ripetere il punto dal 3.7.1.3.1 fino al 3.7.1.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				
3.7.2	Le sono mai stati riscontrati in almeno 2 occasioni valori di pressione arteriosa superiori a 160 mmHg per la sistolica e/o 95 mmHg per la diastolica?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.3	Fa una dieta iposodica (Senza sale)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
DIABETE (Codice ICD9: 250.X; Si mette X per indicare la categoria a meno che non si conosca la diagnosi)				
3.7.4	Le è mai stata fatta diagnosi di **DIABETE**? Ha mai scoperto di avere la glicemia alta?	Numerico	Pop-up	0=No 1=Si (all'età) 2=Si, solo in gravidanza 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.7.4.1	*Se si, a che età le è stata fatta la diagnosi per la prima volta?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.7.4.2	Viene seguita da un centro di diabetologia?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.4.2.1	*Se si, da chi si è fatto seguire?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.7.4.3	Prende attualmente farmaci per il diabete?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.7.4.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: A10**
3.7.4.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
3.7.4.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
3.7.4.3.4	*Quando ha assunto il farmacol'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
3.7.4.3.n	**Ripetere il punto dal 3.7.3.1 fino al 3.7.4.5 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				
3.7.5	Le sono mai stati riscontrati in almeno 2 occasioni valori di glicemia a digiuno superiori a 140 mg/dl?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.6	Fà anche una dieta povera di zuccheri?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
IPERCOLESTEROLEMIA (Codice ICD9: 2720)				
3.7.7	Le è mai stata fatta diagnosi da un medico di **IPERCOLESTEROLEMIA**? Sa di avere grassi nel sangue, colesterolo alto?	Numerico	Pop-up	0=No 1=Si (all'età) 2=Si, solo in gravidanza 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 3.7.9, Si(1e2), Non sa … continua. Fare attenzione alla 3.7.8, se la risposta della 3.7.7 e si e la 3.7.8 e no passare lo stesso per la 3.7.8.2 che riguarda entrambe le diagnosi			
3.7.7.1	*Se si, a che età le è stata fatta la diagnosi per la prima volta?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
IPERTRIGLICERIDEMIA (Codice ICD9: 2721)				
3.7.8	Le sono mai stata fatta diagnosi da un medico di **IPERTRIGLICERIDEMIA**? Sa di avere grassi nel sangue, trigliceridi alti?	Numerico	Pop-up	0=No 1=Si (all'età) 2=Si, solo in gravidanza 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
3.7.8.1	*Se si, a che età le è stata fatta la diagnosi per la prima volta?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 3.7.9 (se anche la 3.7.7 era come la 3.7.8), Si(1e2), Non sa … continua. Fare attenzione alla 3.7.8, se la risposta della 3.7.7 e si e la 3.7.8 e no passare lo stesso per la 3.7.8.2 che riguarda entrambe le diagnosi			
3.7.8.2	Prende attualmente farmaci per abbassare la colesterolemia e/o la trigliceridemia?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.8.2.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C10A**

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.7.8.2.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
3.7.8.2.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
3.7.8.2.4	*Quando ha assunto il farmacol'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
3.7.8.2.n	**Ripetere il punto dal 3.7.8.2.1 fino al 3.7.8.2.5 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA (Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)				
3.7.9	Le sono mai stati riscontrati in almeno 2 occasioni valori di colesterolemia superiori a 250 mg/dl?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.10	Le sono mai stati riscontrati in almeno 2 occasioni valori di trigliceridemia superiori a 300 mg/dl?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.7.11	Fà una dieta povera di grassi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.8. Accertamenti

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
	Quando ha fatto l'ultima volta il seguente esame clinico?			
3.8.1	Check-Up generale (medico di famiglia)	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.1.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.2	Colonscopia (Fatta in ospedale)	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.2.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.2.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.3	Gastroscopia	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.3.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.3.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.3	Sangue occulto nelle feci	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.3.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.3.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.5	Esame ECG	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.5.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.5.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.6	Visita dermatologica	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.6.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.6.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.7	Esame della Prostata (Solo uomini; Sesso=M)	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.7.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.7.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.8	Mammografia (Solo donne; Sesso=F)	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.8.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.8.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.9	Esame superficiale mammella (Solo donne; Sesso=F)	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.9.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.9.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.10	Pap Test (Solo donne; Sesso=F)	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1
3.8.10.1	*Se si, ricorda il referto?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 3.8.1.1
3.8.10.2	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
3.8.11	Ha mai fatto una biopsia del seno con ago (Solo	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

	donne; Sesso=F)			
3.8.11.1	*Se si, quante ne ha fatte?*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.8.11.2	*Se si, le è stato detto se aveva "iperplasia atipica", "atipia" o "cellule anormali"?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.8.11.3	*Se si, dove è stata eseguita (nome ospedale)?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.9. Familiarità per tumori e malattie cardiovascolari

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
3.9.1.1	**Suo padre è vivo?**	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.1.1	*Se morto, causa*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW29=Non sa** (3.9.3.1.1)
3.9.1.1.2	*Se morto, età morte*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
	Anche se la risposta alla 3.9.1.1 e "Morto", continuare con le seguenti domande			
Ha avuto uno di questi eventi?				
3.9.1.2.1	*Infarto/IMA*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.2.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.1.3.1	*Ictus/Stroke*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.3.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.1.4.1	*Angina*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.4.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.1.5.1	*Diabete*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.5.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.1.6.1	*Ipertensione*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.6.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.1.7.1	*Iperlipidemia*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.7.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.1.8.1	*Tumore*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.1.8.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.1.8.1.2	*Che tipo di tumore?*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW39=Non sa** (3.9.3.8.1)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.9.1.8.1.n	**Ripetere il punto dal 3.9.1.8.1.1 fino al 3.9.1.8.1.2 n volte quanti tumori l'intervistato dichiara**			
3.9.2.1	**Sua madre è viva?**	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.1.1	*Se morta, causa*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW29=Non sa** (3.9.3.1.1)
3.9.2.1.2	*Se morta, età morte*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
	Anche se la risposta alla 3.9.2.1 e "Morta", continuare con le seguenti domande			
Ha avuto uno di questi eventi?				
3.9.2.2.1	*Infarto/IMA*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.2.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.2.3.1	*Ictus/Stroke*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.3.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.2.4.1	*Angina*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.4.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.2.5.1	*Diabete*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.5.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.2.6.1	*Ipertensione*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.6.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.2.7.1	*Iperlipidemia*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.7.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.2.8.1	*Tumore*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.2.8.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.2.8.1.2	*Che tipo di tumore?*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW39=Non sa** (3.9.3.8.1)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.9.2.8.1.n	**Ripetere il punto dal 3.9.2.8.1.1 fino al 3.9.2.8.1.2 n volte quanti tumori l'intervistato dichiara**			
3.9.3	**Ha fratelli o sorelle?**	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 1.0 (No,…)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 3.9.4.1, altrimenti continua …			
3.9.3.1	n° Fratelli	Numerico	Manuale	2 cifre
3.9.3.2	n° Sorelle	Numerico	Manuale	2 cifre
3.9.3.3	***Numero progressivo che indica il numero di fratello***	Numerico	Automatica	1…n
3.9.3.4	**Suo fratello/sorella è vivo/a**	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.4.1	*Se morto, causa*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW29=Non sa** (3.9.3.1.1)
3.9.3.4.2	*Se morto, età morte*	Numerico	Manuale	2 cifre 96:Tra 4 sett. e 1 anno di vita 97:Prima 4 sett. di vita 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.3.5	Sesso	Numerico	Pop-up	0=Maschio; 1=Femmina
	Anche se la risposta alla 3.9.3.4 e "Morto", continuare con le seguenti domande			
3.9.3.6	**Ha avuto uno di questi eventi?**	**LABEL: Sono domande da fare per ogni fratello**		
3.9.3.6.1	*Infarto/IMA*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.6.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.3.6.2	*Ictus/Stroke*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.6.2.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.3.6.3	*Angina*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.6.3.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.3.6.4	*Diabete*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.6.4.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.3.6.5	*Ipertensione*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.6.5.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.9.3.6.6	*Iperlipidemia*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.6.6.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.3.6.7	*Tumore*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.3.6.7.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.3.6.7.2	*Che tipo di tumore?*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW39=Non sa** (3.9.3.8.1)
3.9.3.6.7.n	**Ripetere il punto dal 3.9.3.6.7.1 fino al 3.9.3.6.7.2 n volte quanti tumori l'intervistato dichiara**			
Ripetere le stesse domande da 3.9.3.4 al 3.9.3.6.7.2 per un numero di volte uguale al numero di fratelli e sorelle dell'intervistato (dichiarato nella 3.9.3.1 e 3.9.3.2)				
3.9.4.1	**Ha figli?**	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 1.0 (No,…)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 3.10, altrimenti continua …			
3.9.4.1	n° Figli maschi	Numerico	Manuale	2 cifre
3.9.4.2	n° Figli femmine	Numerico	Manuale	2 cifre
3.9.4.3	***Numero progressivo che indica il numero di figlio***	Numerico	Automatica	1…n
3.9.4.4	**Suo figlio/figlia è vivo/a**	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.4.4.1	*Se morto, causa*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW29=Non sa** (3.9.3.1.1)
3.9.4.4.2	*Se morto, età morte*	Numerico	Manuale	2 cifre 96:Tra 4 sett. e 1 anno di vita 97:Prima 4 sett. di vita 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.5	Sesso	Numerico	Pop-up	0=Maschio; 1=Femmina
	Anche se la risposta alla 3.9.6.1 e "Morto", continuare con le seguenti domande			
3.9.4.6	**Ha avuto uno di questi eventi?**	**LABEL: Sono domande da fare per ogni figlio**		
3.9.4.6.1	*Infarto/IMA*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.4.6.1.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.6.2	*Ictus/Stroke*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.4.6.2.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.6.3	*Angina*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.9.4.6.3.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.6.4	*Diabete*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.4.6.4.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.6.5	*Ipertensione*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.4.6.5.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.6.6	*Iperlipidemia*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.4.6.6.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.6.7	*Tumore*	Numerico	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
3.9.4.6.7.1	*Se Si, età evento*	Numerico	Manuale	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
3.9.4.6.7.2	*Che tipo di tumore?*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9** **WW39=Non sa** (3.9.3.8.1)
3.9.4.6.7.n	**Ripetere il punto dal 3.9.4.6.7.1 fino al 3.9.4.6.7.2 n volte quanti tumori l'intervistato dichiara**			
Ripetere le stesse domande da 3.9.4.4 al 3.9.4.6.7.2 per un numero di volte uguale al numero di figli dell'intervistato				
3.9.5	Mi sa dire il numero totale di parenti di primo grado (genitori, fratelli, figli) escludendo lei?	Numerico	Manuale	2 cifre

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

3.10. Partecipazione a studi clinici/epidemiologici

	Nome (descrizione variabile)	***Formato***	***Inserimento***	***Informazioni varie***
3.10.1	Sta partecipando a qualche studio clinico su Malattie Cardiovascolari?	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 1.0 (No,…)
3.10.1.1	*Se Si, quali?*	Numerico	Manuale	Codice Alfanumerico da decidere in seguito. L'intervistatore avrà un foglio con riportati i vari Studi in corso con un codice identificativo . Es: PPOmega3 (Prevenzione primaria con gli omega 3)
3.10.1.2	*Se Si, sta rispettando tutte le prescrizioni cosi come le è stato indicato dal suo Medico di famiglia o dal medico che la sta seguendo durante lo studio clinico?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 1.0 (No,…)
3.10.1.n	**Ripetere il punto dal 3.10.1.1 fino al 3.10.1.2 n volte quanti studi partecipa l'intervistato dichiara**			
3.10.2	Sta partecipando a qualche studio clinico su Malattie dei tumori?	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 1.0 (No,…)
3.10.2.1	*Se Si, quali?*	Numerico	Manuale	Codice Alfanumerico da decidere in seguito. L'intervistatore avrà un foglio con riportati i vari Studi in corso con un codice identificativo . Es: PMMol (Progetto mimosa ASL molise)
3.10.2.2	*Se Si, sta rispettando tutte le prescrizioni cosi come le è stato indicato dal suo Medico di famiglia o dal medico che la sta seguendo durante lo studio clinico?*	Numerico	Pop-up	Vedi Allegato 1.0 (No,…)
3.10.2.n	**Ripetere il punto dal 3.10.2.1 fino al 3.10.2.2 n volte quanti studi partecipa l'intervistato dichiara**			

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4. Anamnesi patologica

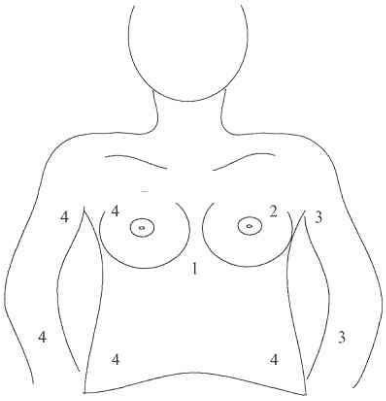
4.1. Anamnesi patologica per Tumori e Malattie Cardiovascolari

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
Immobilizzazione a letto (Non visualizzare a video)				
4.1.1	E' mai stata immobilizzato a letto per lunghi periodi (più di una settimana)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.1.1	*Se si, quando è stato l'ultima volta?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.1.2	*Perchè*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.1.2
ANGINA PECTORIS (Non visualizzare a VIDEO)				
4.1.2	Le è mai stata diagnosticata l'ANGINA PECTORIS	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 4.1.3.7, altrimenti continua …			
4.1.2.1	*Se si, quando?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.2.2	*Se si, chi ha fatto la diagnosi?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.7
4.1.3.1	E' mai stato/a ricoverato/a a causa dell'ANGINA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.1.1	*Se si, data ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.3.1.2	*Se si, in quale struttura?*	Numerico	Pop-up	Numerico
4.1.3.2	Ha un referto medico della sua ANGINA? (*Cartella di ricovero, ECG, diagnosi del cardiologo etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.2.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.3	Prende attualmente farmaci per l'ANGINA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
4.1.3.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.1.3.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.1.3.3.4	*Quando ha assunto il farmacol'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.1.3.4.n	**Ripetere il punto dal 4.1.3.3.1 fino al 4.1.3.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				
4.1.3.7	Ha mai provato dolore, o fastidio, o oppressione, o pesantezza al torace (se solo affanno indicare NO)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 4.1.3.8, altrimenti continua …			
4.1.3.7.1	Questo disturbo si manifesta se cammina a passo svelto o in salita?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.7.2	Questo disturbo si manifesta se cammina a passo	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

	abituale in pianura?			
4.1.3.7.3	Cosa fa quando questo disturbo si manifesta mentre cammina? (*indicare la prima risposta se continua a camminare dopo aver preso una compressa di trinitrina*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.3.3.3
4.1.3.7.4	Cosa succede se si ferma?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.3.3.4
4.1.3.7.5	Dopo quanto tempo scompare il dolore dopo che si è fermato o ha rallentato?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.3.3.5
4.1.3.7.6	Indicare sulla figura i punti in cui il dolore si manifesta? (*codificare con il valore più basso*)	Numerico	Pop-up	1 2 3

Se tra le aree indicate compare 1 o 2 + 3 (sterno o emitorace sinistro alto + arto superiore sinistro) codificare con 1; se tra le aree indicate compare 2 ma nè 1 nè 3 sono presenti, codificare 2; in tutti gli altri casi codificare con 3.



4.1.3.8	E' mai stato operato di by-pass aorto-coronarico?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.8.1	*Se si, data del primo by-pass?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.3.8.2	*Se si, in quale struttura?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.1.3.8.3	*Se si, numero?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.3.8.4	Ha un referto medico della sua OPERAZIONE? (*Cartella di ricovero, ECG, diagnosi del cardiologo etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.8.4.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.9	Ha mai fatto un'Angioplastica?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.9.1	*Se si, data del primo?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.3.9.2	*Se si, in quale struttura?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.1.3.9.3	*Se si, numero?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

				99:Non ricorda/Non sa
4.1.3.9.4	*Se si, le hanno inserito uno STENT?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.3.9.4.1	*Se si, data?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.3.8.4	Ha un referto dell'ANGIOPLASTICA? (*Cartella di ricovero, ECG, diagnosi del cardiologo etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.3.8.4.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
INFARTO DEL MIOCARDIO (IMA, Non visualizzare a VIDEO)				
4.1.4	Le è mai stato diagnosticato un infarto del miocardio	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 4.1.4.5, altrimenti continua …			
4.1.4.1	*Se si, data del primo evento?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.4.2	*Se si, chi ha fatto la diagnosi?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.7
4.1.4.3	*Se si, numero?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.4.4	E' mai stato ricoverato a causa dell'IMA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.4.4.1	*Se si, data dell'ultimo ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.4.4.2	*Se si, in quale struttura?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.1.4.5	Ha un referto medico della sua IMA? (*Cartella di ricovero, ECG, diagnosi del cardiologo etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.4.5.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.4.6	Prende attualmente farmaci per l'IMA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.4.6.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
4.1.4.6.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.1.4.6.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.1.4.6.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.1.4.6.n	**Ripetere il punto dal 4.1.4.6.1 fino al 4.1.4.6.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				
4.1.4.7	Ha mai avvertito un dolore molto forte nella parte anteriore del torace (petto), che sia durato almeno mezz'ora?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.4.7.1	Successivamente a questo dolore, le è stata fatta	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

	diagnosi di infarto miocardico acuto, attacco cardiaco, attacco coronarico, ischemia miocardica (o simili)?			
4.1.4.7.1.1	In che modo le è stata fatta tale diagnosi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.4.3.1.1
4.1.4.7.2	Quanti attacchi di questo genere ha avuto?	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.4.7.2.1	*I° Attacco*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.4.7.2.2	*I° Attacco - Durata dolore*	Numerico	Manuale	2 Cifre+2dec (es:1.15) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.4.7.2.3	*Ultimo Attacco*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.4.7.2.4	*Ultimo Attacco - Durata*	Numerico	Manuale	2 Cifre+2dec (es:1.15) 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
ACCIDENTI CEREBROVASCOLARI (Non va visualizzato a VIDEO)				
4.1.5	Le è mai stata diagnosticato un ICTUS	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 4.1.6, altrimenti continua …			
4.1.4.1	*Se si, data del primo evento?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.4.2	*Se si, chi ha fatto la diagnosi?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.7
4.1.4.3	*Se si, numero?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.5.1	E' mai stato/a ricoverato/a a causa dell'ICTUS?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.5.1.1	*Se si, data dell'ultimo ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.5.1.2	*Se si, in quale struttura?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.1.5.2	Ha un referto medico del suo ICTUS? (*Cartella di ricovero, TAC, diagnosi del neurologo etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.5.2.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.5.3	Prende attualmente farmaci per l'ICTUS?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.5.3.1	*Se si, specificare?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
4.1.5.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.1.5.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.1.5.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.1.5.4.n	**Ripetere il punto dal 4.1.5.3.1 fino al 4.1.5.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA				

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)				
4.1.5.5	Ha mai avuto episodi caratterizzati da perdita più o meno improvvisa dell'uso della forza muscolare di una gamba e/o di un braccio e/o di metà della faccia?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
Se ha avuto episodi di questo tipo più di una volta, precisare quanto tempo fa ciò è avvenuto				
4.1.5.5.1	I[a] volta	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.1
4.1.5.5.2	Ultima volta	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.1
4.1.5.5.3	In tale occasione ha perso la conoscienza?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.5.5.4	Sempre in tale occasione, ha perso l'uso della parola?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.5.5.5	Per quanto tempo è rimasta impedita?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.5
4.1.5.5.6	In tale occasione le è stata fatta diagnosi di emorragia cerebrale, trombosi cerebrale, ischemia cerebrale, paralisi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.5.5.7	In che modo le è stata fatta tale diagnosi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.7
ACCIDENTI TIA (Non va visualizzato a VIDEO)				
4.1.6	Le è mai stata/o diagnosticato un TIA	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 4.1.6.5, altrimenti continua …			
4.1.6.1	*Se si, data del primo evento?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.6.2	*Se si, chi ha fatto la diagnosi?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.7
4.1.6.3	*Se si, numero?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.6.1	E' mai stato/a ricoverato/a a causa dell'TIA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.1.1	*Se si, data dell'ultimo ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.6.1.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.6.2	Ha un referto medico del suo TIA? (*Cartella di ricovero, TAC, diagnosi del neurologo etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.2.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.3	Prende attualmente farmaci per il TIA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
4.1.6.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.1.6.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.1.6.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.1.6.4.n	**Ripetere il punto dal 4.1.6.4.1 fino al 4.1.6.4.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA (Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)				
4.1.6.5	Ha mai perso transitoriamente l'uso della parola?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.6	Ha mai notato una improvvisa diminuzione della forza muscolare di un braccio o di una gamba, che regrediva rapidamente?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.7	Ha mai avuto vertigini accompagnate da difficoltà della parola oppure da senso di confusione mentale?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.8	Ha mai notato un episodio improvviso di breve durata, caratterizzato da diminuzione della vista?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
Se ha avuto episodi di questo tipo più di una volta, precisare quanto tempo fa ciò è avvenuto				
4.1.6.8.1	Ultima volta	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.1
4.1.6.8.2	In tale occasione le è stata fatta diagnosi di attacco ischemico transitorio, TIA??	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.6.8.3	In che modo le è stata fatta tale diagnosi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.5.3.7
ARTERIOPATIA PERIFERICA (Non va visualizzato a VIDEO)				
4.1.7.1	Le è mai stato diagnosticato di **ARTERIOPATIA PERIFERICA / CLAUDICATIO INTERMITTENS?**	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Se "NO e Non vuole rispondere" vai a 4.1.7.5, altrimenti continua …			
4.1.7.1.1	*Se si, data della diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.7.1.2	*Se si, chi ha fatto la diagnosi?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.D
4.1.8.1	E' mai stato/a ricoverato a causa della sua ARTERIOPATIA PERIFERICA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.1.1	*Se si, data ultimo ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.8.1.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.8.2	Ha un referto medico della sua ARTERIOPATIA PERIFERICA? (*Cartella di ricovero, Doppler, etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.2.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.3	Prende attualmente farmaci per la sua ARTERIOPATIA PERIFERICA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
4.1.8.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.1.8.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.1.8.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.1.8.3.n	**Ripetere il punto dal 4.1.7.3.1 fino al 4.1.7.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA (Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)				
4.1.8.4	Avverte dolore alle gambe durante il cammino?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.4.1	Le viene mai questo dolore quando sta fermo in piedi o sta seduto?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.4.2	In quale zona delle gambe avverte questo dolore?	Numerico	Pop-up	1=il dolore comprende i polpacci o uno solo 2=il dolore non comprende i polpacci
4.1.8.4.3	Avverte dolore quando cammina a passo svelto o in salita?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.4.4	Avverte questo dolore mentre cammina a passo abituale in pianura?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.4.5	Le capita che il dolore passi mentre sta ancora camminando (alla stessa andatura)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.4.6	Cosa fa lei quando questo dolore si manifesta mentre cammina?	Numerico	Pop-up	1= si ferma o rallenta 2=continua a camminare alla stessa andatura
4.1.8.4.7	Cosa succede se lei si ferma?	Numerico	Pop-up	1=il dolore scompare 2=il dolore non scompare
4.1.8.4.8	Dopo quanto tempo scompare il dolore?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.3.3.5
4.1.8.5	E' stato operato di by-pass aorto-femorale (*interventi per migliorare la circolazione arteriosa degli arti inferiori*)? **ATTENZIONE** agli interventi sulle vene.	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.5.1	*Se si, dove?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.1.8.6	Ha mai avuto interventi di amputazione agli arti inferiori?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.6.1	*Se si, quando?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.8.6.2	*Se si, perché?*	Numerico	Pop-up	1:Tumore 2:Trauma 3:Arteriopatia Periferica 7:Altro 8:Non vuole rispondere

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

				9:Non ricorda/Non sa
4.1.8.7	Ha mai avuto episodi di CANCRENA agli arti inferiori?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.8.7.1	*Se si, quando?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.8.7.2	*Se si, perché?*	Numerico	Pop-up	1:Tumore 2:Trauma 3:Arteriopatia Periferica 7:Altro 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
Trombosi Venosa Profonda (Non va visualizzato a VIDEO)				
4.1.9	Ha mai avuto un episodio di Trombosi Venosa Profonda?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.9.1	*Se si, data del primo evento?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.9.2	*Se si, chi ha fatto la diagnosi?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.D
4.1.9.3	*Se si, numero?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.9.4	E' mai stato ricoverato per questo motivo?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.9.4.1	*Se si, data dell'ultimoricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.9.4.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.9.5	Ha un referto medico della sua Trombosi Venosa Profonda? (*Cartella di ricovero, Doppler, etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.9.5.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.9.6	Ha preso o sta prendendo farmaci per la sua Trombosi Venosa Profonda?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.9.6.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
4.1.9.6.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.1.9.6.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.1.9.6.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.1.9.6.n	**Ripetere il punto dal 4.1.9.6.1 fino al 4.1.9.6.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				
Embolia Polmonare				
4.1.10	Ha sofferto di Embolia Polmonare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.1.10.1	*Se si, data del primo evento?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.10.2	*Se si, chi ha fatto la diagnosi?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A4.1.D
4.1.10.3	*Se si, numero?*	Numerico	Pop-up	2 cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.10.4	E' mai stato ricoverato per questo motivo?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.10.4.1	*Se si, data ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.10.4.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.10.5	Ha un referto medico del suo Embolia Polmonare? (*Cartella di ricovero, etc*)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.10.5.1	*Se si, potrebbe farcelo avere?*	Data	Manuale	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.10.6	Prende attualmente farmaci per la Embolia Polmonare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.10.6.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: C**
4.1.10.6.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.1.10.6.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.1.10.6.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.1.10.6.n	**Ripetere il punto dal 4.1.10.6.1 fino al 4.1.10.6.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				

Tumori benigni (Non va visualizzato a VIDEO)				
4.1.11	Ha sofferto di tumore benigno?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.11.1	*Se si, quando?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.11.2	*Dove ha avuto il tumore*	Testo	Pop-up	**Codice ICD9**
4.1.11.3	E' mai stato ricoverato per questo motivo?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.11.3.1	*Se si, data ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.11.3.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.11.3.n	**Ripetere da 4.1.11.1 a 4.1.11.3 n volte quanti tumori l'intervistato dichiara**			
Tumore della prostata (Non va visualizzato a VIDEO)(Si apre solo con sesso=M)				
4.1.12.1	Ha avuto trattamenti per problemi mentre urinava?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.12.2	Ha mai avuto una biopsia alla prostata?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.12.2.1	*Se si, data ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.12.2.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.1.12.3	E' stato operato alla prostata perché non riusciva ad urinare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.12.4	Ha sofferto ed è stato ricoverato per tumore alla prostata?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.12.4.1	*Se si, data ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.12.4.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
	TERAPIA ESEGUITA			
4.1.12.4.3	***Intervento chirurgico***	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.12.4.3.1	*N°interventi*	Numerico	Pop-up	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.12.4.3.2	*Primo intervento*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.12.4.3.3	*In quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.12.4.4	***Chemioterapia***	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.12.4.4.1	*N°cicli*	Numerico	Pop-up	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.12.4.4.2	*Ultimo ciclo*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.12.4.4.3	*Nome del ciclo*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10**
4.1.12.4.4.4	*In quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.12.4.5	***Radioterapia***	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.12.4.5.1	*N°cicli*	Numerico	Pop-up	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.12.4.5.2	*Ultimo ciclo*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.12.4.5.3	*In quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O CHIRURGICA E/O RADIOLOGICA (Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)				
Altri tumori maligni				
4.1.13.	Ha avuto altri tumori maligni ed è stato ricoverato per questo?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.13.1	*Se si, data ricovero?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.13.2	*Se si, in quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.13.3	*Dove ha avuto il tumore*	Testo	Pop-up	**Codice ICD9**
	TERAPIA ESEGUITA			
4.1.13.4	***Intervento chirurgico***	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.1.13.4.1	*N°interventi*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.13.4.2	*Primo intervento*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.13.4.3	*In quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.13.5	***Chemioterapia***	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.13.5.1	*N°cicli*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.13.5.2	*Ultimo ciclo*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.13.5.3	*Nome del ciclo*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10**
4.1.13.5.4	*In quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.13.6	***Radioterapia***	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.1.13.6.1	*N°cicli*	Numerico	Pop-up	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.1.13.6.2	*Ultimo ciclo*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.1.13.6.4	*In quale struttura?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.1.13.n	**Ripetere da 4.1.13 a 4.1.13.6 n volte quanti tumori l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O CHIRURGICA E/O RADIOLOGICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.2. Anamnesi patologica per altre malattie

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
	Interventi chirurgici			**Label**
4.2.1	Ha subito Interventi chirurgici?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.1.1	*Se si, data intervento?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.1.2	*Se si, il nome della struttura che l'ha operata?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.2.1.3	*Apparato coinvolto*	Testo	Pop-up	**Codice ICD9**
4.11.n	**Ripetere da 4.2.1 a 4.2.1.3 n volte quante ne ha subiti di int. Chirurgici l'intervistato**			
	Malattie renali / vie urinarie non tumorali			
4.2.2	Ha sofferto di malattie renali / vie urinarie (escluso i tumori)	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.2.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.2.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.2.2.3	*Organo coinvolto*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9**
4.2.2.n	**Ripetere da 4.2.2 a 4.2.2.3 n volte quante …l'intervistato ne dichiara**			
	Malattie del fegato maggiori (escluso i tumori)			
4.2.3	Ha sofferto di malattie del fegato (escluso i tumori)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.3.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.3.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.2.3.3	*Specificare quale malattia*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9**
4.2.3.n	**Ripetere da 4.2.3 a 4.2.3.3 n volte quante ne dichiara**			
	Malattie della tiroide (escluso i tumori)			
4.2.4	Ha sofferto di malattie della tiroide (escluso i tumori)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.4.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.4.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Numerico	Pop-up	Vedi allegato AH1
4.2.4.3	*Specificare quale malattia*	Numerico	Pop-up	**Codice ICD9**
4.2.4.n	**Ripetere da 4.2.4 a 4.2.4.3 n volte quante ne dichiara**			
	Atrite Reumatoide			
4.2.5	Ha sofferto di Atrite Reumatoide?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.5.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.5.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
	Lupus			
4.2.6	Ha sofferto di Lupus?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.2.6.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.6.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
	Osteoporosi (Solo sesso=F)			
4.2.7	Ha sofferto/soffre di Osteoporosi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.7.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.7.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
	Reflusso gastroesofageo			
4.2.8	Ha sofferto di reflusso gastroesofageo?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.8.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.8.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
	Depressione			
4.2.9	Ha sofferto/soffre di DEPRESSIONE?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.9.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.9.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.2.9.3	Prende attualmente farmaci per la DEPRESSIONE?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.9.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: N**
4.2.9.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.2.9.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.2.9.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.2.9.3.n	**Ripetere il punto dal 4.2.9.3.1 fino al 4.2.9.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
	METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**			
	Demenza Senile			
4.2.10	Ha sofferto/soffre di DEMENZA SENILE?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.10.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.10.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.2.10.3	Prende attualmente farmaci per la DEMENZA SENILE?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.10.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: N**
4.2.10.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.2.10.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.2.10.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.2.10.3.n	**Ripetere il punto dal 4.2.10.3.1 fino al 4.2.10.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
	METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**			
	Alzheimer			
4.2.11	Ha sofferto/soffre di Alzheimer?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.11.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.11.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.2.11.3	Prende attualmente farmaci per l'Alzheimer?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.11.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: N**
4.2.11.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.2.11.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.2.11.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.2.11.3.n	**Ripetere il punto dal 4.2.11.3.1 fino al 4.2.11.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
	METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**			
	Parkinson			
4.2.12	Ha sofferto/soffre di Parkinson?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.12.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.12.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.2.12.3	Prende attualmente farmaci per il Parkinson?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.12.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: N**
4.2.12.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.2.12.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.2.12.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.2.12.3.n	**Ripetere il punto dal 4.2.12.3.1 fino al 4.2.12.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
	METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**			
	Sclerosi Multipla			
4.2.13	Soffre di Sclerosi Multipla?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.13.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.13.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.2.13.3	Prende attualmente farmaci per la Sclerosi Multipla?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	*Project responsible*	*Data*	*Versione documento*
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.2.13.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: N**
4.2.13.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.2.13.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.2.13.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.2.13.3.n	**Ripetere il punto dal 4.2.13.3.1 fino al 4.2.13.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
	METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**			
	Allergie			
4.2.14	Ha sofferto/soffre di ALLERGIE?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.14.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.14.2	*Se si, di che tipo?*	Testo	Manuale	Vedi allegato A4.2.15.2
4.2.14.3	*Se si, a cosa?*	Testo	Manuale	Vedi allegato A4.2.15.3
4.2.14.3	Prende attualmente farmaci per l'ALLERGIA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.14.3.1	*Da quanto tempo (quanti anni)?*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.2.14.3.2	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: R06A**
4.2.14.3.3	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.2.14.3.4	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF04
4.2.14.3.5	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.2.14.3.n	**Ripetere il punto dal 4.2.15.3.2.1 fino al 4.2.15.3.2.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
	METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**			
4.2.14.n	**Ripetere il punto dal 4.2.14.1 fino al 4.2.14.3.n , n volte quanti ALLERGIE l'intervistato dichiara**			
4.2.14.4	Ha mai fatto prove allergiche?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.14.5	Ha mai fatto il vaccino antiallergico?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
	Celiachia			
4.2.15	Soffre di celiachia?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.2.15.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.15.2	*Se si, in quale struttura sanitaria l'hanno seguita?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
	Altro			
4.2.20	Ha sofferto di altre malattie non chieste durante l'intervista?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.2.20.1	*Se si, data diagnosi?*	Data	Manuale	Vedi allegato AD1
4.2.20.2	*Se si, da chi si è fatto seguire?*	Testo	Manuale	Vedi allegato AH1
4.2.20.3	*Apparato coinvolto*	Testo	Pop-up	**Codice ICD9**
4.2.20.n	**Ripetere da 4.2.20 a 4.2.20.3 n volte quante …**			

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.3. Anamnesi patologica per malattie dell'apparato respiratorio

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
4.3.1	Negli ultimi dodici mesi ha avuto la tosse?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
SE NO, VAI ALLA **4.3.1.2**				
4.3.1.1	Durante un anno le capita di avere la tosse quasi tutti i giorni per almeno tre mesi consecutivi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.1.1	*Se si, da/per quanti anni?*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.2	Durante un anno le capita di avere catarro quasi tutti i giorni per almeno tre mesi consecutivi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.3	Negli ultimi 12 mesi, ha avvertito sibili o fischi nel petto?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
SE NO, VAI ALLA **4.3. 2**				
4.3.1.3.1	*Se si, quanti sibili o fischi?*	Numerico	Manuale	1:Fino a 12 fischi 2:Maggiore di 12 fischi 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.3.2	*Se si, saprebbe dire, in media, quanto spesso questi sibili o fischi hanno disturbato il suo sonno?*	Numerico	Manuale	0:Mai 1: Meno di una notte a settimana 2: Una o più notti a settimana 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.4	Negli ultimi 12 mesi ha avvertito un respiro sibillante durante o dopo un'attività fisica?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.5	Negli ultimi 12 mesi, quante volte è andato dal dottore o in pronto soccorso a causa di un attacco di sibili o fischi?	Numerico	Pop-up	2 Cifre 0:Mai … 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.6	Negli ultimi 12 mesi, ha assunto qualche medicina per i sibili o fischi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.6.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: R06A**
4.3.1.6.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.3.1.6.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF04
4.3.1.6.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.3.1.6.n	**Ripetere il punto dal 4.2.15.3.2.1 fino al 4.2.15.3.2.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA (Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)				
4.3.1.7	Negli gli ultimi 12 mesi, quanto ha dovuto limitatare le sue normali attività fisiche a causa di sibili o fischi?	Numerico	Pop-up	0=Per niente 1=Solo un pò 2=In modo sensibile 3=Abbastanza 4=Molto 8:Non vuole rispondere 9:Non ricorda/Non sa
4.3.1.8	Durante gli ultimi 12 mesi, quanto ha limitato il dormire a causa di sibili o fischi bronchiali?	Numerico	Pop-up	0=Mai 1=Poco 2=Moderatamente 3=Molto 8=Rifiuta di rispondere 9=Non ricorda
4.3.2	Hai mai fatto un test cutaneo per la tubercolosi (nel quale vengono eseguite alcune piccole punture appena sotto la pelle del braccio e poi si osservano i risultati qualche giorno dopo)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.1	Le hanno mai detto che lei era risultato positivo al test cutaneo per la tubercolosi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.2	Le è mai stato detto da un medico che lei aveva la tubercolosi?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.3	Le è mai stato detto da un medico che lei aveva/ha l'ASMA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
SE NO, VAI ALLA **4.3.4**				
4.3.3.1	*Se si, che età aveva la prima volta che le è stata fatta questa diagnosi?*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.3.2	Le soffre attualmente di ASMA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.3.2.1	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un episodio di asma o un vero e proprio attacco?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.3.2.2	Negli ultimi 12 mesi si è recato al pronto soccorso o ha chiamato urgentemente un medico a causa dell'ASMA	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.3.2.3	Attualmente assume farmaci per l'ASMA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.3.3.2.3.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: R06A**
4.3.3.2.3.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.3.3.2.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF04
4.3.3.2.3.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.3.3.2.3.n	**Ripetere il punto dal 4.3.1.2.3.1 fino al 4.3.1.2.3.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				
4.3.4	Le è mai stato detto da un medico che lei soffre di ENFISEMA?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.4.1	*Se si, che età aveva la prima volta che le è stata fatta questa diagnosi?*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.14	Le è mai stato detto da un medico che lei ha/aveva la Bronchite Cronica?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.14.1	*Se si, che età aveva la prima volta che le è stata fatta questa diagnosi?*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.15	Le è mai stato detto da un medico che lei soffre di malattia ostruttiva polmonare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.15.1	*Se si, che età aveva la prima volta che le è stata fatta questa diagnosi?*	Numerico	Pop-up	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.16	Negli ultimi12 mesi ha preso qualche medicina per enfisema, bronchite cronica o polmonite cronica ostruttiva?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.16.1	*Se si, specificare (nome commerciale)?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10** **Classe ATC: R**
4.3.1.16.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.3.1.16.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.3.1.16.4	*Quando ha assunto il farmaco l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.3.1.16.n	**Ripetere il punto dal 4.3.1.16.1 fino al 4.3.1.16.4 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA **(Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)**				
4.3.1.17	Le è mai stato detto da un medico che lei ha/aveva la fibrosi polmonare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.3.1.17.1	*Se si, che età aveva la prima volta che le è stata fatta questa diagnosi?*	Numerico	Pop-up	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.18	Le è mai stato detto da un medico che lei ha aveva il cancro del polmone?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.19	Le è mai stato detto da un medico che lei aveva la Polmonite?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.19.1	*Se si, a che età ha avuto l'ultima volta la polmonite?*	Numerico	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
4.3.1.20	Le è mai stato detto da un medico che lei aveva una qualsiasi altra malattia polmonare?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.1.20.2	*Se si, che età aveva la prima volta che le è stata fatta questa diagnosi?*	Data	Manuale	2 Cifre 98:Non vuole rispondere 99:Non ricorda/Non sa
Le domande che seguono riguardano 30 gg appena trascorsi				
4.3.2.1	Negli ultimi 30 giorni ha avuto il raffreddore?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.2	Negli ultimi 30 giorni le è capitato di avere il fiato corto camminando a passo veloce o salendo una salita a passo normale	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.3	Negli ultimi 30 giorni le è capitato di avere il fiato corto quando cammina assieme ad altre persone che procedono con il loro passo normale?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.4	Negli ultimi 30 giorni le è capitato di avere il fiato corto quando cammina con il solito passo?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.5	Negli ultimi 30 giorni le succede di doversi fermare per riprendere fiato dopo aver camminato per circa 100 mt, o per qualche minuto su un percorso pianeggiante?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.6	Si è mai risvegliato perché aveva il fiatone o comunque problemi di respirazione (a parte quando aveva il raffreddore)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.7	In questi casi si sentiva meglio se si sedeva sul bordo del letto?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.3.2.8	Ha mai dovuto usare due o più cuscini per respirare meglio durante il sonno?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	**Dr. Licia Iacoviello Md, Phd**	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

4.4. Terapia Farmacologica

	Nome (descrizione variabile)	*Formato*	*Inserimento*	*Informazioni varie*
4.4.1	Prende medicine?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.4.1.1	*Se si, specificare?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10**
4.4.1.2	*Dosi*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.4.1.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.4.1.4	*Quando la presa l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.4.1.5	*perché?*	Testo	Pop-up	**Codice ICD9**
4.4.2.n	**Ripetere il punto 4.4.1 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
4.4.3	Prende vitamine?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.4.3.1	*Se si, specificare?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10**
4.4.3.2	*dosi?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF01
4.4.3.3	*Frequenza*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF02
4.4.3.4	*Quando la presa l'ultima volta?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.4.3.5	*perché?*	Testo	Pop-up	**Codice ICD9**
4.4.4.n	**Ripetere il punto 4.4.3 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
4.4.5	Saprebbe dire quali farmaci tiene in casa oltre a quelle descritte (es. Aspirina, Lasonil etc etc)?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
4.4.5.1	*Se si, specificare?*	Testo	Pop-up	**Codice MINSAN10**
4.4.5.2	*Ultima volta che li ha usati?*	Testo	Pop-up	Vedi Allegato AF03
4.4.5.3	*perché?*	Testo	Pop-up	**Codice ICD9**
4.4.5.n	**Ripetere il punto 4.4.5 n volte quanti farmaci l'intervistato dichiara**			
4.4.6	Le è mai capitato di controllare la scadenza di un farmaco?	Numerico	Pop-up	Vedi allegato A1.0 (No,...)
METODI ALTERNATIVI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E/O MEDICA (Inserire il pacchetto di risposte presente a pag. 13)				

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		Ultima Revisione	Racc. – File
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

5. Dati del laboratorio di analisi

15.1	**Analisi del sangue**			
	ALT			
	APTT			
	AST			
	Colesterolo Totale			
	Colesterolo HDL			
	Colesterolo LDL			
	Emocromo			
	Gamma GT			
	Glicemia			
	GOT			
	GPT			

Subject responsible	Project responsible	Data	Versione documento
Marco G. Olivieri	***Dr. Licia Iacoviello Md, Phd***	06/02/2004	**1.4.0**
Doc. reviewer		*Ultima Revisione*	*Racc. – File*
Franco Zito, Marco Olivieri, Americo Bonanni and Licia Iacoviello		28/07/2004	Questionario Moli-Sani.doc

Allegato 1

1.0

0=No
1=Si
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

1.19

Abruzzo	**1**	Molise	**11**	Paese CEE	**30**
Basilicata	**2**	Piemonte	**12**	Europeo ExtraCEE	**31**
Calabria	**3**	Puglia	**13**		
Campania	**4**	Sardegna	**14**	Africa	**40**
Emilia-Romagna	**5**	Sicilia	**15**	Asia	**41**
Friuli	**6**	Toscana	**16**		
Lazio	**7**	Trentino	**17**	Nord America	**42**
Liguria	**8**	Umbria	**18**	Sud/Centro Amer.	**43**
Lombardia	**9**	Valle d'Aosta	**19**	Oceania	**44**
Marche	**10**	Veneto	**20**	Non so	**44**

1.24

1=Rurale
2=Urbana
3=Marina
4=Suburbana

1.25

1=Convivente
2=Sposato/a
3=Separato/a
4=Divorziato/a
5=Celibe/Nubile
6=Vedovo/a

Allegato A2:

2.4

1=Magra
2=Normale
3=Robusta
4=Sovrappeso
5=Molto grassa (Obesa)
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

2.8.3

10=10 Minuti prima
20=15 Minuti prima
30=30 Minuti prima
40=45 Minuti prima
50=1 Ora prima
60=2 Ore prima
70=6 Ore prima
80=Il giorno prima+
90=Più di un giorno prima
98=Non vuole rispondere
99=Non ricorda/Non sa

Allegato A3.1:

3.1.1

1 – LEGISLATORI, DIRIGENTI E IMPRENDITORI
2 – PROFESSIONI INTELLETTUALI, SCIENTIFICHE E DI ELEVATA SPECIALIZZAZIONE
3 – PROFESSIONI TECNICHE
4 – IMPIEGATI
5 – PROFESSIONI QUALIFICATE NELLE ATTIVITA' COMMERCIALI E NEI SERVIZI
6 – ARTIGIANI, OPERAI SPECIALIZZATI E AGRICOLTORI
7 – CONDUTTORI DI IMPIANTI E OPERAI SEMIQUALIFICATI ADDETTI A MACCHINARI FISSI E MOBILI
8 – PROFESSIONI NON QUALIFICATE
9 – FORZE ARMATE
10 – RELIGIOSI
11 – PENSIONATO
12 – CASALINGA
13 – DISOCCUPATO
14 – ALTRO
98 - Non vuole rispondere
99 - Non ricorda/Non sa

3.1.2

1=Manuale
2=Non manuale
3=Pensionato
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.1.4

1=Nessuno
2=Licenza Elementare
3=Diploma medie inferiori
4=Diploma medie superiori
5=Diploma di laurea (2 o 3 anni)
6=Laurea
7=Specializzazione/Master
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.1.4

1=Casa in affitto
2=Casa di proprietà
3=Più di 1 casa di proprietà
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.1.7

€ Lordo/Anno

1= < 10.000,00
2= > 10.000,00 e <= 25.000,00
3= > 25.000,00 e <= 40.000,00
4= > 40.000,00 e < =60.000,00
5= > 60.000,00 e < =100.000,00
6= > 100.000,00
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

Allegato A3.2: Infezioni

3.2.1

0=Mai
2=1-2 Cicli
3=3-4 Cicli
4=>4 Cicli
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.2.2

0=Mai
2=1 Volta
3=2 Volte
4=>2 Volte
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda

Allegato A3.3: Fumatore

3.3.1

0=No
1=Si
2=Ex fumatore
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.3.1.1

1=Assolutamente NO
2=Qualche giorno
3=Tutti i giorni
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.3.1.1.6

1=Aspiro intensamente nei polmoni
2=Aspiro in parte nei polmoni
3=Aspiro solo nella gola
4=Non aspiro
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.3.1.1.7

1=Tutta fino alla fine
2=Vicino al filtro
3=Buona parte della sigaretta
4=Meno della metà della sigaretta
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.3.1.1.8

1=Solo alcune boccate
2=Solo alcune ma non quante potrei
3=Il massimo che posso
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.3.1.1.10.1.1

1=Cerotto di nicotina
2=Gomma da masticare di nicotina
3=Spray nasale di nicotina
4=Brupropion (Farmaco)
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.3.1.1.10.2

1=Diminuito il n° di sigarette fumate in 1 giorno
2=Sono passato a sigarette più leggere
3=Ho seguito un programma specifico
4=Ho chiamato un n° verde per fumatori
5=Ho visitato siti internet per smettere
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa/Altro

3.3.1.1.11

1=Meno di 5 minuti
2=Fra 6 e 30 minuti
3=Tra 31 e 60 minuti
4=Dopo 60 minuti
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

Allegato A3.3.2: Fumo passivo

3.3.2.4

1=Mai
2=Raramente
3=Occasionalmente (Qualche ora la settimana)
4=Qualche ora al giorno
5=Molte ore al giorno
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

Allegato A3.4: Stato ormonale

3.4.2

11= Regolare (riferito anche a gravidanze e periodi post gravidanza)?
12= Irregolare (salto di cicli).
13= Fortemente irregolare (assenza di più cicli, anche consecutivi nel corso di uno o più anni).
97= Altro
98= Non vuole rispondere
99= Non ricorda/Non sa

3.4.3

11= Ha mestruzioni e NON è in menopausa tale da cambiare qualità della vita?
12= Ho ancora il ciclo ormonale è ho una terapia ormonale sostitutiva.
13= Non ha ancora mestruzioni ma crede che sta iniziando la menopausa.
14= E' in menopausa.
15= Sono incinta
16= Altro (Specificare)
98= Non vuole rispondere
99= Non ricorda/Non sa

3.4.3.1

11= Naturalmente
12= Una isterectomia
13= Mi hanno tolto entrambe le ovaie
14= Sono sotto trattamento di radioterapia/chemioterapia

15= Sono puerpera
16= Sto/stavo prendendo ormoni
17= Ha fatto uso di terapia sostitutiva con estrogeni
18= E in gravidanza
98= Non vuole rispondere
99= Non ricorda/Non sa

Allegato A3.5: Storia del peso corporeo

3.5.1

1=Più magra delle sue coetanee/i
2=Come le sue coetanee/i
3=Più robusta delle sue coetanee/i
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

3.5.6.1

1=Per motivi di salute
2=Perché ordinato dal medico
3=Per motivi estetici
4=Altro
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

Allegato A3.6: Attivita fisica

3.6

SPORTS AEROBICI (alto consumo di ossigeno)

pallacanestro, canottaggio, pallamano, calcio, tennis, pallavolo, sci di fondo, corsa, pattinaggio, pattinaggio artistico, nuoto, ciclismo

SPORTS AEROBICI (medio consumo di ossigeno)

danza, escursionismo, immersione, cammino, scherma, sci discesa, ginnastica

SPORTS AEROBICI (basso consumo di ossigeno)

body-building, roccia, golf, equitazione, ping-pong, arti marziali

SPORTS NON AEROBICI

arco, bocce, vela, surf, sci d'acqua

3.6.1.3

10=Seduto/in piedi
20=Lavoro leggero
30=Lavoro moderato
40=Lavoro pesante
98=Non vuole rispondere
99=Non ricorda/Non sa

3.6.1.4

10=Va a piedi
20=Va a piedi fino alla stazione pulman/treno
30=Va in bicicletta
40=Va in auto
98=Non vuole rispondere
99=Non ricorda/Non sa

3.6.1.6

10=Cammina lentamente
20=Cammina normalmente
30=Cammina velocemente
40=Corre lentamente
50=Corre moderatamente
60=Corre velocemente
70=Va in bicicletta lentamente
80=Va in bicicletta moderatamente

90=Va in bicicletta velocemente
98=Non vuole rispondere
99=Non ricorda/Non sa

3.6.3.1.1.2

10= < 30 Minuti/Settimana (1/2 ora)
20= > 30 e < 180 /Settimana (1/2 ora e 3 ore)
30= > 180 e < 360 /Settimana (3 ore e 6 ore)
40= > 360 / Settimana (maggiore di 6 ore)
98= Non vuole rispondere
99= Non ricorda/Non sa

Allegato A3.8: Accertamenti

3.8.1

1=Meno di 1 anno
2=Tra 1 e 2 anni
3=Tra 3 e 5 anni
4=Tra 6 e 10 anni
5=Da più di 10 anni
6=Mai
8=Non vuole rispondere
9=Non sa rispondere

3.8.1.1

1=Normale
2=Non normale
8=Non vuole rispondere
9=Non sa rispondere / Non ricorda

Allegato A3.9: Familiarità

3.9

1=Vivo
2=Morto
8=Non vuole rispondere
9=Non sa rispondere / Non ricorda

3.9.3.1.1

WW29: Nel caso in cui non si è a conoscenza della causa di morte di un familiare si userà questo codice

3.9.3.8.1

WW39: Nel caso in cui non si è a conoscenza del tipo di tumore che ha avuto il familiare si userà questo codice

Allegato A4.1: Anamnesi patologica per tumori e Malattie Cardiovascolari

4.1.1.2

1=Interventi chirurgici
2=Paralisi
3=Ernia
4=Altro
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1.2

0=No
1=Infarto del miocardio
2=Angina pectori
3=Ictus
4=TIA
5=Claudicatio Intermittens
6=Aretriopatia degli arti inferiori
7=Trombosi
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1.3.3.3
0=Si ferma o rallenta
1=Continua a camminare alla stessa andatura
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1.3.3.4
0=Il dolore scompare
1=Il dolore non scompare
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1.3.3.5
0=10 min o meno
1=Più di 10 min
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1.4.3.1.1
1=Nel corso di un ricovero in ospedale
2=Con un ECG eseguito a caso o in ambulatorio
3=Senza esecuzione di ECG
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1..5.3.1
1= meno di 2 settimane fa
2= meno di un mese fa
3= meno di 3 mesi fa
4= meno di 6 mesi fa
5= più di 6 mesi fa
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda

4.1.5.3.5
0=10 min o meno
1=Tra 10 min e 30
2=Più di 30 min
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1.5.3.7
1=Nel corso di un ricovero in ospedale
2=A casa
3=Senza ausilio di esami particolari
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

4.1.11
0=No, nessuno
1=Tumore benigno
2=Tumore maligno
3=Cancro
4= Massa neoplastica
5=Neoplasia

6=Metastasi
7=Macchie evidenziate durante una TAC
4=Altro
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda/Non sa

Allegato A4: Anamnesi patologica

4.3.2.1

1= meno di 2 settimane fa
2= meno di un mese fa
3= meno di 3 mesi fa
4= meno di 6 mesi fa
5= più di 6 mesi fa
9=Non ricorda

4.3.2.7

1= meno di 1 ora
2= da 1 a 7 ore
3= da 8 a 24 ore
4= più di 1 giorno
9=Non ricorda

4.3.5

1= meno di 24 ore
2= da 1 a 7 giorni
3= da 8 a 28 giorni
4= più di 28 giorni
9=Non ricorda

Allegato AF:

AF01: Dose

1=Singola Compressa / Dose
2=Doppia Compressa /Dose
3=Tripla Compressa / Dose
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda

AF02: Frequenza

1=1 Volta al dì
2=2 Volte al dì
3=3 Volte al dì
4=4 Volte al dì
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda

AF03:Ultima volta

1=meno di 24 ore
2=da 1 a 7 giorni
3=da 8 a 28 giorni
4=più di 28 giorni
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda

AF04:Ultima volta

1=Sporadicamente
2=Al bisogno
3=Periodicamente 1-2 volte l'anno
4=Una volta al mese
5=Una volta alla settimana
6=Tutti i giorni
8=Non vuole rispondere
9=Non ricorda

Allegato AD:

AD1: Data

1=Mi ricordo la data esatta e quindi inserisco la data (25/04/2003)
2=Mi ricordo solo il mese el'anno ma non il giorno (15/04/2003)
3=Mi ricordo solo la stagione e l'anno ma non il mese e il giorno (01/05/2003)
4=Mi ricordo solo l'anno (01/06/2003)

Allegato AH:

AH1: Centro Clinico/Ospedale/Casa di cura/Clinica Privata

Inserire il codice del centro convenzionato/non convenzionato sulla base di:

1: Codice Regione
1.1: Codice ASL
1.1.1: Codice Comune
1.1.1.1: Codice Progressivo del Centro/Ospedale

Allegato B: Range di ammissibilità (valori Min e Max che può essere inserita in fase di input)

Paragrafo (codice)	*Nome variabile*	*Min*	*Max*
2.1	Peso	40	150
2.2	Altezza	130	220
2.3	Circonferenza Vita	40	150
2.5	Pressione Sistolica	100	140
2.6	Pressione Diastolica	60	100
2.9	Frequenza Cardiaca	45	85
3.1.5	n° di stanze	1	8
3.1.6	n° di conviventi	0	8