



Università degli Studi
di Verona

INDAGINE ITALIANA SUI DISTURBI RESPIRATORI



Azienda Ospedaliera
"Istituti Ospitalieri di Verona"



Università degli Studi
di Verona

INDAGINE ITALIANA SUI DISTURBI RESPIRATORI



Azienda Ospedaliera
"Istituti Ospitalieri di Verona"

La riservatezza dei dati da Lei forniti è tutelata in accordo alla normativa vigente (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

In particolare, Le segnaliamo che le Sue informazioni verranno trattate da personale sanitario tenuto al segreto professionale e conservate nella massima sicurezza. I dati che Lei ci ha comunicato verranno immediatamente trasferiti in forma anonima nel computer.

Tuttavia La informiamo che il questionario, pur non prevedendo l'inserimento del cognome e nome, contiene notizie personali che potrebbero consentire l'identificazione del compilatore.

Per tali motivi Lei ha la facoltà in qualsiasi momento di accedere ai Suoi dati, di chiederne la modifica o la cancellazione, scrivendo al seguente indirizzo:

PROF. ROBERTO DE MARCO
Sezione di Epidemiologia e Statistica Medica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Verona
c/o Istituti Biologici II, Blocco B
Strada Le Grazie, 8 – 37134 Verona

Le saremmo grati se ci potesse fornire il Suo numero di telefono e/o la Sua e-mail per eventuali ulteriori contatti, esclusivamente nell'ambito di questa indagine.

Numero di telefono: *casa* _____

lavoro _____

cellulare _____

E-mail: _____

Per favore, controlli di aver risposto a tutte le domande e di aver scritto esattamente la Sua data di nascita.

Rispedisca questo questionario nella busta preaffrancata allegata.

La ringraziamo per la Sua cortese collaborazione.

Per cortesia, risponda alle domande barrando la casella che identifica la risposta più appropriata. In caso di incertezza, La preghiamo di barrare la risposta 'No'.

Data di compilazione:

giorno	mese	anno		

Data di nascita:

giorno	mese	anno		

Sesso:

maschio femmina

Qual è la Sua attuale condizione professionale?

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 casalinga | <input type="checkbox"/> 6 libero professionista |
| <input type="checkbox"/> 2 dirigente | <input type="checkbox"/> 7 operaio |
| <input type="checkbox"/> 3 disoccupato | <input type="checkbox"/> 8 pensionato → professione precedente: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 impiegato | <input type="checkbox"/> 9 studente |
| <input type="checkbox"/> 5 imprenditore | <input type="checkbox"/> 10 altro: _____ |

Qual è il titolo di studio in Suo possesso?

- 1 licenza elementare 2 media inferiore 3 media superiore 4 laurea

Da quanti anni abita nella Sua attuale abitazione?

anni *(scriva 0 se abita nella Sua attuale abitazione da meno di un anno)*

Lei abita in:

- 1 centro città 2 periferia 3 campagna

Vicino alla Sua abitazione vi sono impianti industriali?

No Sì

Davanti alla Sua abitazione le macchine passano:

- 1 costantemente
 2 frequentemente
 3 raramente
 4 mai

Davanti alla Sua abitazione i veicoli pesanti (camion, autobus, ...) passano:

- 1 costantemente
 2 frequentemente
 3 raramente
 4 mai

1. Negli ultimi 12 mesi ha mai avuto sibili o fischi nel torace? No Sì

(per sibilo si intende un rumore come di fischio di qualsiasi tonalità e intensità anche se bassa)

Se 'NO' vada alla domanda 2, se 'Sì':

1.1 Quante volte ha avuto i sibili o i fischi negli ultimi 12 mesi?

1.2 Le è mai capitato di trovarsi completamente senza respiro quando sentiva i sibili? No Sì

1.3 Le è mai capitato di sentire i sibili o i fischi anche quando non aveva il raffreddore? No Sì

2. Negli ultimi 12 mesi si è mai svegliato con la sensazione di costrizione al torace? No Sì

3. Negli ultimi 12 mesi si è mai svegliato con un attacco improvviso di mancanza di respiro? No Sì

4. Negli ultimi 12 mesi ha avuto un attacco d'asma? No Sì

5. Sta prendendo al momento medicine per l'asma? No Sì
(compresi spray, aerosol o compresse)

6. Nel corso della Sua vita ha mai avuto l'asma? No Sì

Se 'NO' vada alla domanda 7, se 'Sì':

6.1 E' stata confermata da un dottore? No Sì

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

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

6.4 Quanti attacchi ha avuto negli ultimi 12 mesi? numero attacchi d'asma

6.5 Negli ultimi 12 mesi ha assunto farmaci per l'asma? No Sì
(compresi spray, aerosol o compresse)

7. Ha raffreddori allergici compreso il "raffreddore da fieno"? No Sì

8. Ha mai avuto problemi dovuti a frequenti starnuti o naso che cola o naso chiuso al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza? No Sì

Se 'NO' alle domande 7 e 8, vada alla domanda 9; se 'Sì' ad almeno una delle precedenti:

8.1 Da che età soffre di questi disturbi nasali? anni

8.2 Ne soffre tuttora? Sì No → 8.2.1 A che età ha avuto l'ultimo episodio? anni

8.3 Soffre prevalentemente di:

8.4 Negli ultimi 12 mesi ha assunto farmaci per la rinite? No Sì
(compresi spray, aerosol o compresse)

8.5 Lei soffre di sinusite? No Sì

8.6 Lei soffre di polipi nasali? No Sì

9. Ha mai avuto eczema o dermatite atopica, confermata da un dottore? No Sì

Se 'NO' vada alla domanda 10, se 'Sì':

9.1 A che età ha avuto i primi disturbi? anni

9.2 Ne soffre tuttora? Sì No → 9.2.1 A che età è scomparsa? anni

10. Ha avuto tosse e catarro per la maggior parte dei giorni per almeno 3 mesi all'anno e da almeno 2 anni consecutivi? No Sì

Se 'NO' vada alla domanda 11, se 'Sì': 10.1 Da quanti anni soffre di questi disturbi? anni

11. Un dottore le ha mai detto che Lei ha o ha avuto la bronchite cronica o la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o l'enfisema? No Sì

12. Cammina in piano più lentamente delle persone della Sua età a causa della mancanza di respiro oppure, quando cammina in piano a passo normale, si deve fermare a riprendere fiato? No Sì

13. Ha mai fumato per almeno un anno? No Sì
(almeno una sigaretta al giorno o un sigaro alla settimana per un anno)

Se 'NO' vada alla domanda 14, se 'Sì':

13.1 A che età ha iniziato a fumare? anni

13.2 Fuma attualmente (nell'ultimo mese)? Sì No → 13.2.1 A che età ha smesso di fumare? anni

13.3 Quante sigarette fuma o ha fumato al giorno in media? numero sigarette

14. Negli ultimi 10 anni è andato al pronto soccorso almeno una volta o è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte per problemi respiratori? No Sì

15. Negli ultimi 3 mesi è andato al pronto soccorso almeno una volta o è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte (per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni)? No Sì

Se 'NO' vada alla domanda 16, se 'Sì': 15.1 Ciò è accaduto per problemi respiratori? No Sì

16. Se lavora, negli ultimi 3 mesi quanti giorni di lavoro retribuito ha perso per motivi di salute (escludendo gli incidenti e gli infortuni)? (scriva 0 se non ha perso giorni di lavoro)

Se ha perso almeno un giorno di lavoro:

16.1 Negli ultimi 3 mesi, quanti giorni di lavoro retribuito ha perso per problemi respiratori? (scriva 0 se non ha perso giorni di lavoro)

17. Qualunque sia la Sua condizione professionale, negli ultimi 3 mesi quanti giorni ha sottratto ad altre attività (es. cura dei figli, della casa, studio) per motivi di salute (escludendo gli incidenti e gli infortuni)? (scriva 0 se non ha sottratto giorni ad altre attività)

Se ha sottratto almeno un giorno ad altre attività:

17.1 Negli ultimi 3 mesi, quanti giorni ha sottratto ad altre attività (es. cura dei figli, della casa, studio) per problemi respiratori? (scriva 0 se non ha sottratto giorni ad altre attività)