Piccolipiù

ARRUOLAMENTO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DI UNA COORTE NAZIONALE DI NATI

Questionario 6 anni

Codice identificativo

SEZIONI DEL QUESTIONARIO:

Sezione 1. Anagrafica.....4

Sezione 2. Salute del bambino 5

Sezione 3. Vaccinazioni 16

Sezione 4. Alimentazione 17

Sezione 5. Sonno 19

Sezione 6. Tempo libero 21

Sezione 7. Occupazione materna e paterna..... 25

Sezione 8. Casa 27

Sezione 9. Fumo passivo 30

Sezione 10. Qualità della vita 31

Cara mamma di _____,

(se la mamma non ha la possibilità di compilare il questionario, può compilarlo il papà).

Per noi è molto importante avere i tuoi dati aggiornati.

Ti preghiamo di scrivere nuovamente i tuoi recapiti, compilando possibilmente tutti i campi qui sotto:

Indirizzo _____ Numero civico _____

CAP |__|__|__|__|__| Comune _____ Provincia _____

Telefono cellulare mamma _____

Altro telefono cellulare _____ (corrisponde a _____ es. padre, nonna)

Telefono fisso _____

Altro telefono fisso _____ (corrisponde a _____ es. padre, nonna)

E-mail _____@_____

Sezione 1. Anagrafica

Data di inizio compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

1.1 Hai avuto altri bambini da quando il tuo piccolopiù è nato?

☐ NO ►► *andare alla domanda 1.2*

☐ SI ►► **Puoi indicarci le date di nascita?**

1° bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

2° bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

3° bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

4° bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

1.2 Chi vive ora a casa con te, oltre al tuo piccolopiù?
(possibili più risposte)

☐ vivo sola

☐ il padre del bambino

☐ il mio partner (diverso dal padre del bambino)

☐ altri figli o altri bambini di età inferiore ai 12 anni ►► Numero bambini |__|__|

☐ altri figli o altri ragazzi di età tra i 12 e i 17 anni ►► Numero ragazzi |__|__|

☐ altri adulti (genitori/suoceri, amici, altro) ►► Numero adulti |__|__|

Sezione 2. Salute del bambino

Infezioni respiratorie

2.1 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio ha avuto otite, sinusite, faringite, infezioni della gola?

☐ NO

☐ SI ►►►

☐ non so

2.1.1 Quante volte?
(si intende il totale di tutte queste malattie: ad esempio se ha avuto due volte otite e due volte faringite segna da 4 a 6.
Se non lo ricordi con precisione segna la risposta che ti sembra più vicina a ciò che ricordi)

☐ da 1 a 3 volte

☐ da 4 a 6 volte

☐ più di 6 volte

☐ non so

2.2 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto a tuo figlio una diagnosi di bronchite?

☐ NO

☐ SI ►►►

☐ non so

2.2.1 Quante volte?
(se non lo ricordi con precisione scrivi ugualmente il numero che è più vicino a ciò che ricordi)
|__|__| volte

2.3 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto a tuo figlio una diagnosi di broncopolmonite o polmonite?

☐ NO

☐ SI ►►►

☐ non so

2.3.1 Quante volte?
(se non lo ricordi con precisione scrivi ugualmente il numero che è più vicino a ciò che ricordi)
|__|__| volte

2.4 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto a tuo figlio una diagnosi di laringite o laringospasmo o croup?

☐ NO

☐ SI ►►►

☐ non so

2.4.1 Quante volte?
(se non lo ricordi con precisione scrivi ugualmente il numero che è più vicino a ciò che ricordi)
|__|__| volte

2.5 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto a tuo figlio diagnosi di otite almeno 4 volte?
(se ha avuto l'otite meno di 4 volte segna NO)

☐ NO

☐ SI

☐ non so

Fischi o sibili nel torace

2.6 Tuo figlio, respirando, ha avuto fischi o sibili nel torace almeno una volta nella sua vita?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.7*

☐ SI ►► **2.6.1 Ha avuto fischi o sibili nel torace negli ultimi 12 mesi?**

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.7*

☐ SI ►► *compila le domande nel riquadro*

2.6.1.1 Quanti attacchi di fischi o sibili ha avuto negli ultimi 12 mesi?

|__|__|

2.6.1.2 Negli ultimi 12 mesi ha avuto almeno una volta fischi o sibili così intensi da dover riprendere fiato, parlando, ogni 1 o 2 parole?

☐ NO

☐ SI

2.6.1.3 Quante volte, in media, si è svegliato durante la notte per fischi o sibili negli ultimi 12 mesi?

☐ mai

☐ solo 1 o 2 notti nei 12 mesi

☐ meno di 1 notte al mese

☐ da 1 a 3 notti al mese

☐ 1 o più notti a settimana

2.7 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio, respirando, ha avuto fischi o sibili nel torace durante o dopo un esercizio fisico?

☐ mai

☐ solo 1 o 2 volte nei 12 mesi

☐ meno di 1 volta al mese

☐ da 1 a 3 volte al mese

☐ 1 o più volte a settimana

2.8 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio ha presentato fischi, sibili o altri sintomi asmatici che hanno limitato le sue attività giornaliere, compresa l'attività fisica?

☐ mai

☐ solo 1 o 2 volte nei 12 mesi

☐ meno di 1 volta al mese

☐ da 1 a 3 volte al mese

☐ 1 o più volte a settimana

2.9 Dalla nascita ad ora tuo figlio ha mai avuto l'asma?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.10*

☐ SI ►► *compila le domande nel riquadro*

☐ non so

2.9.1 Tuo figlio è stato ricoverato in ospedale o portato al pronto soccorso a causa di difficoltà di respiro o dell'asma almeno una volta negli ultimi 12 mesi?

☐ NO

☐ SI

2.9.2 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio ha preso farmaci per l'asma o per sibili e fischi al torace o per gli attacchi di difficoltà di respiro?
(Si intendono sia farmaci per bocca sia per aerosol che per spray)

☐ NO

☐ SI ►►

☐ non so

2.9.2.1 Quali? *(indica il nome commerciale o generico di tutti i farmaci che ha preso per questi problemi)*
(ad es. Ventolin, Broncovaleas, Salbutamolo)

_____
_____
_____

2.9.3 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio ha preso <u>regolarmente per almeno due mesi consecutivi</u> farmaci per il controllo dell'asma?

☐ NO

☐ SI ►►

☐ non so

2.9.3.1 Quali? *(indica il nome commerciale o generico di tutti i farmaci che ha preso)*

_____
_____
_____

2.10 Un medico ha mai detto che tuo figlio ha l'asma?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

Tosse, russamento e sintomi nasali

2.11 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha avuto tosse e catarro nella maggior parte dei giorni (4 o più alla settimana) al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

☐ NO

☐ SI, per meno di 1 mese all'anno

☐ SI, per 1 o 2 mesi all'anno

☐ SI, per 3 o più mesi all'anno

☐ non so

2.12 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio ha avuto, per più di 7 giorni consecutivi al di fuori dei comuni raffreddori, muco nasale con naso chiuso e tosse frequente soprattutto notturna?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.13*

☐ SI ►►

☐ non so

2.12.1 Quante volte è successo negli ultimi 12 mesi?

☐ 1-2 volte

☐ 3-4 volte

☐ di continuo per un periodo superiore a 3 mesi

☐ non so

2.13 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio ha russato di notte durante il sonno, al di fuori dei comuni raffreddori?

☐ NO, mai ►► *andare alla domanda 2.14*

☐ raramente (meno di 1 volta a settimana)

☐ frequentemente (1-4 volte a settimana)

☐ quasi sempre (5-7 volte a settimana)

compila le domande nel riquadro

☐ non so ►► *andare alla domanda 2.14*

2.13.1 Qual è stata l'intensità del russamento?

☐ russamento leggero, simile ad un respiro pesante

☐ russamento di media entità, simile ad un brontolio *(si avverte solo se si sta vicini al bambino)*

☐ russamento di discreta entità *(si avverte entrando nella camera)*

☐ russamento di elevata entità *(si avverte anche da altre camere)*

2. 14 Dalla nascita ad ora tuo figlio è mai stato infastidito, almeno una volta nella vita, da frequenti starnuti o naso che cola o naso chiuso, al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.15*

☐ SI ►►

☐ non so

2.14.1 Negli ultimi 12 mesi questi problemi nasali sono stati accompagnati da prurito e lacrimazione agli occhi?

☐ NO

☐ SI

2.15 Dalla nascita ad ora tuo figlio ha mai avuto il raffreddore primaverile (raffreddore da pollini)?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

2.16 Dalla nascita ad ora tuo figlio ha mai avuto il raffreddore allergico da cause diverse dal polline?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

2.17 Dalla nascita ad ora tuo figlio è stato operato di adenoidi?

☐ NO

☐ SI

2.18 Dalla nascita ad ora un medico ha mai fatto a tuo figlio una diagnosi di sinusite?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

Disturbi della pelle

2.19 Tuo figlio ha mai avuto per almeno 6 mesi un arrossamento della pelle con prurito, in una o più zone, che compariva e scompariva?

☐ NO ►►*andare alla domanda 2.20*

☐ SI

☐ non so

2.19.1 Negli ultimi 12 mesi tuo figlio ha mai avuto un arrossamento della pelle con prurito?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.20*

☐ SI ►►

2.19.1.1 Ha avuto questo arrossamento della pelle con prurito, almeno una volta, in una o più delle seguenti zone: le pieghe dei gomiti, dietro le ginocchia, la superficie anteriore delle caviglie, sotto i glutei o intorno al collo, intorno alle orecchie o intorno agli occhi?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

2.19.1.2 A che età si è presentato per la prima volta questo arrossamento della pelle con prurito?

☐ prima dei 2 anni

☐ da 2 a 5 anni

☐ dopo i 5 anni

☐ non so

2.20 Dalla nascita ad ora un medico ha mai fatto a tuo figlio avuto una diagnosi di eczema o dermatite atopica?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

Reazioni allergiche con Alimenti

2.21 Dalla nascita ad ora tuo figlio ha mai avuto una o più reazioni allergiche tipo orticaria, gonfiore immediato (entro 1 ora) dopo aver mangiato un particolare alimento?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.22*

☐ SI ►►

☐ non so

2.21.1 Dopo aver mangiato quali alimenti? *(possibili più risposte)*

☐ latte ☐ uovo ☐ pesce ☐ frutta secca ☐ frutta fresca

☐ altro _____

2.21.2 È mai stato portato al pronto soccorso o ricoverato in ospedale a causa di queste reazioni?

☐ NO

☐ SI ►► **2.21.2.1 Quante volte?** |__|__|

2.22 Dalla nascita ad ora tuo figlio ha mai avuto una o più reazioni allergiche gravi che abbiano interessato altri organi oltre alla pelle (ad esempio asma o rigonfiamento della lingua o delle labbra, o dolore addominale o vomito) dopo aver mangiato un particolare alimento?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.23*

☐ SI ►►

☐ non so

2.22.1 Dopo aver mangiato quali alimenti? *(possibili più risposte)*

☐ latte ☐ uovo ☐ pesce ☐ frutta secca ☐ frutta fresca

☐ altro _____

2.22.2 È mai stato portato al pronto soccorso o ricoverato in ospedale a causa di queste reazioni?

☐ NO

☐ SI ►► ***2.22.2.1 Quante volte?*** |__|__|

Miopia

2.23 Tuo figlio è miope?

☐ NO ►► *andare alla domanda 2.24*

☐ SI ►►

2.23.1 Tuo figlio porta gli occhiali per correggere la miopia?

☐ NO

☐ SI ►► ***2.23.1.1 Quante diottrie mancano a tuo figlio?*** *(consulta la ricetta oculistica per rispondere a questa domanda)*

occhio destro: |__|__| diottrie

occhio sinistro: |__|__| diottrie

☐ Non so

☐ Non so se è miope

2.24 Mamma, sei miope o lo sei stata e hai fatto l'intervento per correggere la miopia?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

2.25 Il padre del bambino è miope o lo è stato e ha fatto l'intervento per correggere la miopia?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

Malattie infettive

2.26 Un medico ha mai fatto a tuo figlio una diagnosi di una o più delle seguenti malattie infettive? *(possibili più risposte)*

Se non ricordi esattamente il mese in cui si è ammalato inserisci quello che pensi possa avvicinarsi di più.

Varicella
☐ No
☐ Si ►► Quando |__|__|__|__| |__|__| ☐ non ricordo
anno *mese*

Morbillo
☐ No
☐ Si ►► Quando |__|__|__|__| |__|__| ☐ non ricordo
anno *mese*

Parotite
☐ No
☐ Si ►► Quando |__|__|__|__| |__|__| ☐ non ricordo
anno *mese*

Rosolia
☐ No
☐ Si ►► Quando |__|__|__|__| |__|__| ☐ non ricordo
anno *mese*

Pertosse
☐ No
☐ Si ►► Quando |__|__|__|__| |__|__| ☐ non ricordo
anno *mese*

La diagnosi di pertosse è stata fatta tramite esami ematici?
☐ no ☐ sì ☐ non ricordo

Scarlattina
☐ No
☐ Si ►► Quando |__|__|__|__| |__|__| ☐ non ricordo
anno *mese*

Mononucleosi
☐ No
☐ Si ►► Quando |__|__|__|__| |__|__| ☐ non ricordo
anno *mese*

Altre malattie infettive
☐ No
☐ Si ►► Quali? _____
_____

Malattie croniche e interventi

2.27 Dalla nascita ad ora a tuo figlio è mai stata diagnosticata una malattia cronica?
(ad esempio celiachia, fibrosi cistica, ecc.)

☐ NO

☐ SI ►►

☐ non so

2.27.1 Quali?

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

2.28 Dalla nascita ad ora tuo figlio è mai stato operato?

☐ NO

☐ SI ►►

☐ non so

2.28.1 Per quali motivi?

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

La crescita

2.29 Ti chiediamo gentilmente di inserire il peso e l'altezza del bambino

MISURAZIONE PIÙ RECENTE DEL BAMBINO

La cosa migliore è se hai il peso del bambino solo con gli indumenti intimi. Se hai un peso del bambino con i vestiti inseriscilo ugualmente.

Peso (kg) |__|__|,|__| ☐ l'ho pesato io ☐ l'ha pesato il pediatra

Altezza (cm) |__|__|__| ☐ l'ho misurato io ☐ l'ha misurato il pediatra

Data della misurazione |__|__|/ |__|__|/ |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Sezione 3. Vaccinazioni

MAMMA, SE HAI GIA' FISSATO LA DATA PER LA VISITA PICCOLIPIU' PASSA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE 4 (L'ALIMENTAZIONE) E RICORDA DI PORTARE ALLA VISITA IL LIBRETTO PEDIATRICO/DELLE VACCINAZIONI.

3.1 Riporta le vaccinazioni effettuate da tuo figlio fino ad oggi consultando, se possibile, il libretto pediatrico.
Se hai il libretto pediatrico e un telefono cellulare o internet fai anche una foto leggibile della parte del libretto sulle vaccinazioni e manda al numero WhatsApp oppure alla e-mail presenti nella lettera di accompagnamento.

Se non hai modo di consultare il libretto pediatrico/delle vaccinazioni riporta ugualmente i dati che ricordi.

Tipo di Vaccino*	Nome commerciale**	N. dosi	Data prima dose (gg/mm/aa)	Data ultima dose (gg/mm/aa)

** Es: Varicella, Tetano, Vaccino esavalente (Difterite, Tetano, Pertosse, Haemophilus influenzae tipo B, Poliomielite) etc.*

*** E' il nome che trovate scritto sul libretto, solitamente è riportato sul bollino. Es: Infanrix Hexa, Priorix Tetra, Varivax etc.*

3.2 E' stato consultato il libretto pediatrico/delle vaccinazioni per rispondere a queste domande?

☐ NO

☐ SI

Sezione 4. Alimentazione

4.1 Tuo figlio fa colazione tutti i giorni?

☐ NO

☐ SI

TI CHIEDIAMO DI RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANTI I PRINCIPALI ALIMENTI CHE IL TUO BAMBINO HA MANGIATO NEGLI ULTIMI 2 MESI.

Negli ultimi 2 mesi il bambino ha mangiato i seguenti alimenti?

(Se il bambino va a scuola e non conosci di preciso quello che mangia a pranzo, non preoccuparti e scrivi tutto quello che mangia in famiglia)

4.2 Merendine confezionate

☐ SI, tutti i giorni ►► Quante volte al giorno? |_|_|

☐ SI, ma non tutti i giorni ►► Tutte le settimane?
- ☐ SI ►► Quante volte a settimana? |_|_|
- ☐ NO ►► Quante volte al mese? |_|_|

☐ NO, mai

4.3 Verdura fresca o SURGELATA (anche quella che mangia nel minestrone o nella passata di verdure)

☐ SI, tutti i giorni ►► Quante volte al giorno? |_|_|

☐ SI, ma non tutti i giorni ►► Tutte le settimane?
- ☐ SI ►► Quante volte a settimana? |_|_|
- ☐ NO ►► Quante volte al mese? |_|_|

☐ NO, mai

4.4 Frutta o spremute di FRUTTA

☐ SI, tutti i giorni ►► Quante volte al giorno? |_|_|

☐ SI, ma non tutti i giorni ►► Tutte le settimane?
- ☐ SI ►► Quante volte a settimana? |_|_|
- ☐ NO ►► Quante volte al mese? |_|_|

☐ NO, mai

4.5 Succhi di frutta in commercio

☐ SI, tutti i giorni ►► Quante volte al giorno? |_|_|

☐ SI, ma non tutti i giorni ►► Tutte le settimane?
- ☐ SI ►► Quante volte a settimana? |_|_|
- ☐ NO ►► Quante volte al mese? |_|_|

☐ NO, mai

4.6 Bevande zuccherate (ad esempio thè, cola, aranciata)

☐ SI, tutti i giorni ►► Quante volte al giorno? |_|_|

☐ SI, ma non tutti i giorni ►► Tutte le settimane?
- ☐ SI ►► Quante volte a settimana? |_|_|
- ☐ NO ►► Quante volte al mese? |_|_|

☐ NO, mai

Sezione 5. Sonno

5.1 Quanto spesso tuo figlio ha difficoltà ad addormentarsi?

☐ mai

☐ raramente

☐ spesso

☐ ogni sera

☐ non so

5.2 Quanto spesso tuo figlio si sente stanco a scuola?

☐ mai

☐ raramente

☐ spesso

☐ ogni giorno

☐ non so

5.3 A che ora va a dormire tuo figlio se il giorno dopo c'è scuola?
(specificare sempre sia l'ora sia i minuti. Ad es. ore |_2_|_1_| minuti |_1_|_5_|)

ore |__|__| minuti |__|__|

5.4 Quante ore dorme tuo figlio se il giorno dopo c'è scuola?
(specificare sempre sia le ore sia i minuti. Ad es. ore |__|_9_| minuti |_1_|_5_|)

ore |__|__| minuti |__|__|

5.5 A che ora va a dormire tuo figlio se il giorno dopo è vacanza?
(specificare sempre sia l'ora sia i minuti. Ad es. ore |_2_|_2_| minuti |_1_|_5_|)

ore |__|__| minuti |__|__|

5.6 Quante ore dorme tuo figlio se il giorno dopo è vacanza?
(specificare sempre sia le ore sia i minuti. Ad es. ore |__|_9_| minuti |_1_|_5_|)

ore |__|__| minuti |__|__|

5.7 Quanto spesso fa fatica tuo figlio ad alzarsi al mattino?

☐ mai

☐ raramente

☐ spesso

☐ ogni mattina

☐ non so

Sezione 6. Tempo libero

IN QUESTA SEZIONE FAI RIFERIMENTO ALL'ULTIMO MESE (SE IL BAMBINO E' IN VACANZA FAI RIFERIMENTO AL MESE PRECEDENTE)

6.1 Nei giorni feriali quante ore al giorno in media il bambino guarda la televisione (compresi i DVD)?
(specificare sempre sia le ore sia i minuti. Ad es. ore |__|_1_| minuti |_1_|_5_|)

|__|__| |__|__| ☐ non so
ore *minuti*

6.2 Nel fine settimana e nei giorni festivi quante ore al giorno in media il bambino guarda la televisione (compresi i DVD)?

|__|__| |__|__| ☐ non so
ore *minuti*

6.3 Nei giorni feriali quante ore al giorno in media il bambino passa davanti al computer o al tablet o all' e-book o al telefono cellulare?

|__|__| |__|__| ☐ non so
ore *minuti*

6.4 Nel fine settimana e nei giorni festivi quante ore al giorno in media il bambino passa davanti al computer o al tablet o al telefono cellulare?

|__|__| |__|__| ☐ non so
ore *minuti*

6.5 Nei giorni feriali quante ore al giorno in media il bambino legge o sfoglia un libro o fa i compiti o disegna?
(Somma tutto il tempo ma non considerare il tempo che il bambino passa sui libri a scuola; specificare sempre sia le ore sia i minuti. Ad es. ore |__|_2_|ore |_1_|_5_|minuti)

|__|__| |__|__| ☐ non so
ore *minuti*

6.6 Nel fine settimana quante ore al giorno in media legge o sfoglia un libro o fa i compiti o disegna?
(Somma tutto il tempo ma non considerare il tempo che il bambino passa sui libri a scuola; specificare sempre sia le ore sia i minuti. Ad es. |__|_2_|ore |_1_|_5_| minuti)

|__|__| |__|__| ☐ non so
ore *minuti*

6.7 In media, tuo figlio quante chiamate alla settimana fa o riceve con il telefono cellulare?

|__|__| chiamate alla settimana ☐ non so

6.8 In media, in una settimana tipo\“normale”, tuo figlio quanto tempo passa facendo o ricevendo chiamate sul telefono cellulare?

|__|__| |__|__| ☐ non so
ore *minuti*

6.9 In genere, durante le telefonate tuo figlio utilizza auricolari connessi al cellulare con un filo oppure il vivavoce?

☐ quasi mai o mai

☐ meno della metà del tempo che passa al cellulare

☐ circa la metà del tempo che passa al cellulare

☐ più della metà del tempo che passa al cellulare

☐ sempre o quasi sempre

6.10 Tuo figlio ha la TV in camera?

☐ NO

☐ SI

6.11 Nei giorni feriali quante ore al giorno in media il bambino passa all'aria aperta?

Estate-Primavera (bella stagione)	**Autunno-Inverno** (brutta stagione)
☐ mai	☐ mai
☐ 1 ora	☐ 1 ora
☐ 1-2 Ore	☐ 1-2 Ore
☐ più di 3 ore	☐ più di 3 ore
☐ non so	☐ non so

6.12 Nel fine settimana quante ore al giorno in media il bambino passa all'aria aperta?

Estate-Primavera (bella stagione)	**Autunno-Inverno** (brutta stagione)
☐ mai	☐ mai
☐ 1 ora	☐ 1 ora
☐ 1-2 Ore	☐ 1-2 Ore
☐ più di 3 ore	☐ più di 3 ore
☐ non so	☐ non so

6.13 In una settimana tipo\"normale" tuo figlio è impegnato in qualche sport o attività fisica strutturata (ad esempio nuoto, ginnastica, danza)?

☐ NO

☐ SI ►► **6.13.1 Per quanto tempo complessivamente a settimana?**
ore |_|_| minuti |_|_|

☐ non so

6.14 In una settimana tipo\“normale” quanti giorni il bambino fa un’attività che aumenta il battito cardiaco o la frequenza del respiro per un totale di almeno 60 minuti?
Per esempio: se un giorno corre per 20 minuti, fa un gioco con molto movimento per 20 minuti e nuota per 20 minuti il totale dell’attività fisica sarà di 60 minuti.
Considera nella somma anche l’attività sportiva strutturata e il movimento che fa a scuola.

☐ mai

☐ 1 giorno a settimana

☐ 2 giorni a settimana

☐ 3 giorni a settimana

☐ 4 giorni a settimana

☐ 5 giorni a settimana

☐ 6 giorni a settimana

☐ 7 giorni a settimana

☐ non so proprio rispondere

Sezione 7. Occupazione materna e paterna

7.1 Cara mamma, attualmente la tua situazione prevalente è:
(una sola risposta possibile)

☐ occupata ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*

☐ occupata in congedo ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*

☐ disoccupata

☐ non occupata e non in cerca di lavoro

☐ casalinga

☐ studentessa

☐ altro (specificare) _____

7.1.1 Attualmente la tua condizione professionale prevalente è:
(una sola risposta possibile)

☐ dipendente a tempo indeterminato

☐ dipendente a tempo determinato

☐ apprendista

☐ lavoratrice interinale

☐ collaboratrice co.co.co./co.co.pro.

☐ collaboratrice occasionale

☐ lavoratrice autonoma/libera professionista

☐ lavoratrice senza contratto

☐ altro (specificare) _____

7.1.2 Quale mansione svolgi attualmente?
(ad es. infermiera, insegnante, ecc.)

_____

_____

7.1.3 Che cosa fa principalmente la ditta/compagnia o l'ente o lo studio in cui lavori inclusa la tua attività se sei un libero professionista?
(ad es. Istruzione e ricerca universitaria, trasporti ferroviari, progettazioni per edilizia urbana, produzione prodotti chimici ecc.)

_____

_____

7.2 Attualmente la situazione prevalente del tuo partner è:
(una sola risposta possibile)

☐ occupato ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*

☐ occupato in congedo ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*

☐ disoccupato

☐ non occupato e non in cerca di lavoro

☐ studente

☐ altro (specificare) _____

☐ non so

7.2.1 Attualmente qual è la condizione professionale prevalente del tuo partner?
(una sola risposta possibile)

☐ dipendente a tempo indeterminato

☐ dipendente a tempo determinato

☐ apprendista

☐ lavoratrice interinale

☐ collaboratore co.co.co./co.co.pro.

☐ collaboratore occasionale

☐ lavoratore autonomo/libero professionista

☐ lavoratore senza contratto

☐ altro (specificare) _____

7.2.2 Quale mansione svolge attualmente il tuo partner?
(ad es. cuoco, operaio metalmeccanico, architetto, ecc.)

_____

_____

7.2.3 Che cosa fa principalmente la ditta/compagnia o l'ente o lo studio in cui lavora inclusa la sua attività se è un libero professionista?
(ad es. Istruzione e ricerca universitaria, trasporti ferroviari, progettazioni per edilizia urbana, produzione prodotti chimici ecc.)

_____

_____

Sezione 8. Casa

8.1 Scrivi l'indirizzo di casa e quello della scuola che frequenta il bambino.

ATTENZIONE: Rispondi attentamente a questa domanda perché è molto utile al fine di valutare la relazione tra gli inquinanti atmosferici e la salute.
È molto importante scrivere oltre al comune anche il CAP (codice di avviamento postale) perché, per chi abita in città, può essere diverso a seconda della via.

Compila scrivendo in modo chiaro e in STAMPATELLO come nell'esempio seguente:

Casa Indirizzo VIA FRANCO SACCHETTI n° 53

Comune ROMA CAP 00199

Casa Indirizzo _____ n° _____

Comune _____ CAP _____

Scuola Nome della scuola _____

Indirizzo _____ n° _____

Comune _____ CAP _____

8.2 Hai cambiato casa da quando tuo figlio ha compiuto 4 anni oppure dall'ultimo questionario?

☐ NO ►► *andare alla domanda 8.3*

☐ SI ►►

8.2.1 Quando ti sei trasferita all'attuale indirizzo?

mese |__|__| anno |__|__|__|__|

8.2.2 La tua casa attuale è:

☐ di proprietà

☐ in affitto

☐ una o più stanze in casa di altre persone

☐ altro *(specificare)* _____

☐ non so

8.2.3 Quanto è grande la tua casa? |__|__|__| mq

8.2.4 Stai pagando un mutuo sulla casa in cui vivi?

☐ NO

☐ SI ►►

☐ Non so

8.2.4.1 In che anno hai acceso il mutuo?

anno|__|__|__|__| ☐ non ricordo

8.2.4.2 In che anno è prevista l'estinzione del mutuo?

anno |__|__|__|__| ☐ non ricordo

8.3 Usi il gas per cucinare?
(Si intende qualsiasi tipo di gas, bombola, metano etc.)

☐ NO

☐ SI

8.4 Hai una cappa aspirante sopra I fornelli?

☐ NO ►► *andare alla domanda 8.5*

☐ SI, connessa direttamente con l'esterno

☐ SI ma senza connessione diretta con l'esterno

☐ non so

8.4.1 Quando cucini usi la cappa?

☐ sempre

☐ alcune volte

☐ mai

8.5 Nella tua casa ci sono macchie di muffa o funghi visibili sui muri o sul soffitto?

☐ NO

☐ SI ►►

8.5.1 Queste macchie sono presenti nella camera dove dorme tuo figlio?

☐ NO

☐ SI

8.6 Nella tua casa ci sono animali domestici?
(fai riferimento ad animali che vivono esclusivamente dentro casa, quindi non tenere in considerazione quelli che vivono fuori)

☐ NO

☐ SI ►►

8.6.1 Quali dei seguenti animali vivono in casa?
(possibili più risposte)

☐ cane ☐ gatto ☐ roditori ☐ uccelli

☐ altro *(specificare)* _____

Sezione 9. Fumo passivo

Per fumo si intende quello delle normali sigarette; solo l'ultima domanda è sulle sigarette elettroniche.

9.1 Mamma, attualmente fumi?

☐ NO ►►*andare alla domanda 9.2*

☐ SI, tutti i giorni ►► **9.1.1 Quante sigarette al giorno?** *(scrivere un numero intero, ad es. se fumi 4 o 5 sigarette, scegli tra il numero 4 e il numero 5)*

|__|__| sigarette al giorno

☐ SI, non tutti i giorni ►► **9.1.2 Quante sigarette a settimana?** *(scrivere un numero intero, ad es. se fumi 4 o 5 sigarette, scegli tra il numero 4 e il numero 5)*

|__|__| sigarette a settimana

9.2 Il tuo partner fuma attualmente?

☐ NO ►►*andare alla domanda 9.3*

☐ SI, tutti i giorni ►► **9.2.1 Quante sigarette al giorno?** *(scrivere un numero intero, ad es. se fumi 4 o 5 sigarette, scegli tra il numero 4 e il numero 5)*

|__|__| sigarette al giorno

☐ SI, non tutti i giorni ►► **9.2.2 Quante sigarette a settimana?** *(scrivere un numero intero, ad es. se fumi 4 o 5 sigarette, scegli tra il numero 4 e il numero 5)*

|__|__| sigarette a settimana

☐ non so

9.3 Qualcuno che abita con il bambino fuma abitualmente in sua presenza?

☐ NO

☐ SI ►► **9.3.1 Chi?**

☐ madre ☐ padre/partner ☐ altri

9.4 Qualcuno che abita con il bambino fuma abitualmente le sigarette elettroniche in sua presenza?

☐ NO

☐ SI ►► **9.4.1 Chi?**

☐ madre ☐ padre/partner ☐ altri

Sezione 10. Qualità della vita

Ti preghiamo di dedicare ancora qualche minuto per rispondere alle seguenti domande sulla qualità della vita.
Leggi attentamente le seguenti domande e scegli la risposta che più si avvicina alla tua opinione.

10.1 Per molti aspetti la mia vita si avvicina al mio ideale

☐ sono totalmente d'accordo

☐ sono d'accordo

☐ sono parzialmente d'accordo

☐ non sono d'accordo né in disaccordo

☐ sono parzialmente in disaccordo

☐ sono in disaccordo

☐ sono totalmente in disaccordo

10.2 Le condizioni della mia vita sono eccellenti

☐ sono totalmente d'accordo

☐ sono d'accordo

☐ sono parzialmente d'accordo

☐ non sono d'accordo né in disaccordo

☐ sono parzialmente in disaccordo

☐ sono in disaccordo

☐ sono totalmente in disaccordo

10.3 Sono soddisfatta della mia vita

☐ sono totalmente d'accordo

☐ sono d'accordo

☐ sono parzialmente d'accordo

☐ non sono d'accordo né in disaccordo

☐ sono parzialmente in disaccordo

☐ sono in disaccordo

☐ sono totalmente in disaccordo

10.4 Fino ad ora ho ottenuto le cose importanti che volevo dalla vita

☐ sono totalmente d'accordo

☐ sono d'accordo

☐ sono parzialmente d'accordo

☐ non sono d'accordo né in disaccordo

☐ sono parzialmente in disaccordo

☐ sono in disaccordo

☐ sono totalmente in disaccordo

10.5 Se potessi rivivere la mia vita non cambierei quasi nulla

☐ sono totalmente d'accordo

☐ sono d'accordo

☐ sono parzialmente d'accordo

☐ non sono d'accordo né in disaccordo

☐ sono parzialmente in disaccordo

☐ sono in disaccordo

☐ sono totalmente in disaccordo

Data di fine compilazione |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Chi ha compilato il questionario?

☐ mamma ☐ papà ☐ mamma e papà insieme

Se vuoi, scrivici qualcosa (commenti, consigli, pensieri sul bambino):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Unità operative coinvolte nel progetto

D/EP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio (ex ASL Roma E)

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

BURLO

MEYER
Azienda Ospedaliero-Universitaria

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

CRISPS

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
Città della Salute e della Scienza di Torino

Maternità Ospedale Infantile Regina Margherita S. Anna di Torino, Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo - Trieste, Ospedale Cristo Re dell'Istituto Figlie di Nostra Signora a Monte Calvario - Roma, Casa di Cura Città di Roma, Ospedale Versilia - USL12 di Viareggio

OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA S.ANNA DI TORINO

SST Azienda Sanitaria Firenze
Servizio Sanitario della Toscana

BURLO

FIGLIE DI N.SIGNORA AL MONTE CALVARIO

SST Azienda USL Toscana nord ovest
Servizio Sanitario della Toscana

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
Città della Salute e della Scienza di Torino

Progetto finanziato da

Ministero della Salute

ccm

CONTATTI

La responsabilità scientifica del progetto è affidata a
Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

I recapiti telefonici o i contatti degli ospedali coinvolti nel progetto e dei centri operativi sono consultabili sul sito internet:
www.piccolipiu.it

Il progetto è stato approvato dal Comitati Etici di tutti i Centri, compreso quello del Centro coordinatore. I dati personali saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica, solo da personale autorizzato e nel rispetto della normativa vigente per la protezione dei dati personali (D.Lgs n.196/2003)