Piccolipiù

ARRUOLAMENTO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DI UNA COORTE NAZIONALE DI NATI

Pic
co
li
più

crescere è
un progetto meraviglioso

Questionario stili di vita, ambiente, salute, gravidanza e parto

Etichetta codice
identificativo
FAMIGLIA

Data intervista _____

Intervistatore/trice _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Cara mamma e caro papà,
abbiamo cercato di rendere questo questionario di facile comprensione ma vorremmo darvi alcuni suggerimenti su come compilarlo al meglio e rapidamente.

1) Se avete qualche dubbio su una o più risposte o non avete ben capito il quesito, andate avanti e lasciatelo in bianco. Quando riconsegnerete il questionario al personale del progetto "Piccolipiù" verrete aiutati nella compilazione delle parti mancanti.

2) Alcune domande, laddove è specificato, prevedono **più di una risposta**, quindi potete barrare anche più caselle. Se invece non trovate questa specifica, significa che va data **una sola risposta,** barrate quindi una sola casella.

3) I simboli con una freccia gialla vi indicano di "saltare" alla sezione o domanda indicata.

4) Quando vi si chiede di rispondere "SI" o "NO", barrate sempre una delle due risposte.

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE !!!

SEZIONI DEL QUESTIONARIO:

Sezione 1. Anagrafica 1

Sezione 2. Titolo di studio e occupazione 2

Sezione 3. L'ambiente domestico 4

Sezione 4. Il tempo libero 9

Sezione 5. Stile di vita 10

Sezione 6. La salute 13

Sezione 7. Precedenti gravidanze 18

Sezione 8. Gravidanza attuale 20

Sezione 9. Patologie e uso di farmaci in gravidanza 32

Sezione 10. Subito dopo il parto 38

Sezione 11. Emotività e gravidanza 40

Sezione 12. L'ultimo mese 41

Sezione 1. Anagrafica

Madre
Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Comune di nascita (se nata in Italia) o nazione estera di nascita _____

Se è nata fuori dall'Italia, da quanto tempo vive in Italia? |__|__| anni

Cittadinanza ☐ Italiana ☐ Straniera

Padre
Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Comune di nascita (se nato in Italia) o nazione estero di nascita _____

Se è nato fuori dall'Italia, da quanto tempo vive in Italia? |__|__| anni

Cittadinanza ☐ Italiana ☐ Straniera

1. Dove sono nati i suoi genitori e quelli del padre del bambino?

	Madre		**Padre**	
	*Comune**	*Nazione*	*Comune**	*Nazione*
Madre				
Padre				

**lasciare in bianco se i genitori sono nati in altre nazioni*

Sezione 2. Titolo di studio e occupazione

1. Qual è il suo titolo di studio e quello del padre del bambino?

Madre		Padre	
Nessun titolo di studio	☐	Nessun titolo di studio	☐
Licenza elementare	☐	Licenza elementare	☐
Diploma di scuola media inferiore	☐	Diploma di scuola media inferiore	☐
Diploma di scuola media superiore	☐	Diploma di scuola media superiore	☐
Laurea o titolo superiore	☐	Laurea o titolo superiore	☐
Nessuno di questi *(rispondere alla domanda 1.a)*	☐	Nessuno di questi *(rispondere alla domanda 1.a)*	☐

1.a Se il titolo di studio non è incluso tra quelli elencati, indicare il numero complessivo di anni di studio

numero complessivo di anni di studio |__|__| numero complessivo di anni di studio |__|__|

2. Qual era la sua condizione professionale all'inizio della gravidanza, e quella del padre del bambino?

Madre		Padre	
Dipendente a tempo indeterminato	☐	Dipendente a tempo indeterminato	☐
Dipendente a tempo determinato	☐	Dipendente a tempo determinato	☐
Occupata con lavoro occasionale	☐	Occupato con lavoro occasionale	☐
Lavoro autonomo *(imprenditrice, libera professionista, artigiana…)*	☐	Lavoro autonomo *(imprenditore, libero professionista, artigiano…)*	☐
Disoccupata in cerca di nuova occupazione	☐	Disoccupato in cerca di nuova occupazione	☐
Disoccupata in cerca di prima occupazione	☐	Disoccupato in cerca di prima occupazione	☐
Casalinga	☐	Studente	☐
Studentessa	☐	Altro *(specificare)* _____ _____	☐
Altro *(specificare)* _____ _____	☐		

3. Quale tra le seguenti categorie professionali è quella che meglio descrive il suo lavoro attuale (o ultimo lavoro svolto) e quella del padre del bambino?

Madre		Padre	
Dipendente come:		*Dipendente come:*	
Dirigente	☐	Dirigente	☐
Direttivo/quadro/funzionario *(incluso i docenti di scuola)*	☐	Direttivo/quadro/funzionario *(incluso i docenti di scuola secondaria)*	☐
Impiegata	☐	Impiegato	☐
Operaia	☐	Operaio	☐
Altro *(specificare)* _____ _____	☐	Altro *(specificare)* _____ _____	☐
Lavoro autonomo come:		*Lavoro autonomo come:*	
Imprenditrice / Libera professionista	☐	Imprenditore / Libero professionista	☐
Commerciante	☐	Commerciante	☐
Artigiana	☐	Artigiano	☐
Altro *(specificare)* _____ _____	☐	Altro *(specificare)* _____ _____	☐

4. Quale mansione era svolta da lei all'inizio della gravidanza, e dal padre del bambino? *(ad esempio: infermiera, insegnante, ecc.)*

Madre: _____

_____

Padre: _____

_____

5. In che settore operava principalmente la ditta/compagnia o l'ente in cui lavorava lei all'inizio della gravidanza e il padre del bambino?

(ad esempio: industria chimica, Università, Ferrovie dello Stato, panificio, studio medico, ecc.)

Madre: _____

_____

Padre: _____

_____

Sezione 3. L'ambiente domestico

1. Quante persone vivono nella sua abitazione, esclusa lei ed il nascituro/neonato?

|__|__| persone

1.a Chi vive con lei? *(possibile più di una risposta)*

☐ Nessuno, vivo sola

☐ Il padre del bambino

☐ Il mio partner *(diverso dal padre del bambino)*

☐ I figli o bambini di età inferiore ai 12 anni |__|__| figli/bambini *(indicare il numero)*

☐ I figli o ragazzi di età compresa tra i 12 e i 17 anni |__|__| figli/ragazzi *(indicare il numero)*

☐ Altri adulti *(genitori/suoceri, collaboratori/datori di lavoro, amici, altro)* |__|__| adulti *(indicare il numero)*

2. Da quanti anni, indicativamente, risiede nel comune dove si trova attualmente?

|__|__| anni

3. Da quanti anni oppure mesi si è trasferita nell'attuale abitazione?

(specificare anche se trasferita da poco)

|__|__| anni oppure |__|__| mesi *(nel caso in cui si è trasferita da meno di 1 anno)*

4. La sua casa è:

☐ di proprietà

☐ in affitto

☐ una o più stanze in casa di altre persone

☐ altro *(specificare)* _____

5. Quanto è grande la sua casa?

☐ Meno di 50 mq

☐ Tra i 50 e i 74

☐ Tra i 75 e i 99 mq

☐ Tra i 100 e i 124 mq

☐ 125 mq o più

6. Quante stanze ha la sua casa?

(a parte bagno, corridoio, disimpegno, ripostiglio e cucina, a meno che sia una cucina abitabile in cui pranzate abitualmente)

|__|__| Numero di stanze

7. A che piano abita?

(se è a più livelli, indicare il piano più basso)

☐ oltre il 4° piano

☐ 3° o 4° piano

☐ 1° o 2° piano

☐ piano terra o rialzato

☐ seminterrato

8. Come descriverebbe la zona/quartiere in cui si trova la sua abitazione?

☐ Zona centrale di città con parchi e giardini

☐ Zona centrale di città senza parchi e giardini

☐ Periferia di città con parchi e giardini

☐ Periferia di città senza parchi e giardini

☐ Campagna o piccolo paese circondato da spazi aperti

9. La sua abitazione si trova in una zona:

☐ Senza traffico

☐ Con poco traffico

☐ Con traffico moderato

☐ Con traffico intenso

10. Nella strada dove abita, c'è passaggio di automobili?

☐ Mai o quasi mai

☐ Ogni tanto

☐ Frequentemente (per gran parte del giorno)

☐ Di continuo (per tutto il giorno o quasi)

11. Quante linee di autobus transitano sulla strada dove abita?

(se una stessa linea transita in entrambe le direzioni, considerarla come due linee)

☐ Nessuna

☐ Una

☐ Due

☐ Tre o più

12. Nella strada dove abita, quanto spesso passano dei camion nei giorni lavorativi?

☐ Mai o quasi mai

☐ Ogni tanto

☐ Frequentemente (per gran parte del giorno)

☐ Di continuo (per tutto il giorno o quasi)

13. Quanti incroci con semaforo ci sono nel raggio di 500 metri dalla sua abitazione?

☐ Nessuno

☐ Uno

☐ Due

☐ Tre o più

14. La sua abitazione dista meno di 1 Km da industrie?

☐ No
☐ Si

15. La sua abitazione dista meno di 500 mt da autostrade?

☐ No
☐ Si

16. La sua abitazione dista meno di 1 Km da aeroporti?

☐ No
☐ Si

17. La sua abitazione dista meno di 200 mt da ferrovie?

☐ No
☐ Si

18. Quanto fastidio le dà l'inquinamento, per es. puzza di smog/gas di scarico, quando a casa tiene le finestre aperte?
(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che le si addice di più)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(per niente) *(moltissimo)*

19. Quanto spesso tiene aperte le finestre di casa?

	In estate	In inverno
Quasi sempre nelle 24 ore	☐	☐
Solo di giorno	☐	☐
Solo di notte	☐	☐
Occasionalmente/ogni tanto	☐	☐
Mai	☐	☐

20. Quali di questi problemi riscontra usualmente nella sua casa?

	Macchie di *umidità* sui muri	Macchie di *muffa* sul muro/i	Umidità sugli abiti/ tappeti	Nessuno	Non ho questa stanza
Cucina/cucinino	☐	☐	☐	☐	☐
Soggiorno	☐	☐	☐	☐	☐
Camera da letto	☐	☐	☐	☐	☐
Bagno	☐	☐	☐	☐	☐
Altre stanze	☐	☐	☐	☐	☐

21. C'è uno scaldabagno/stufa per riscaldamento a gas all'interno dell'abitazione?

☐ No

☐ Si

22. È presente un impianto di aria condizionata nella sua casa?

(rispondere si anche nel caso di condizionatori mobili tipo pinguino)?

☐ No

☐ Si, solo in alcune stanze

☐ Si, in tutta la casa

23. Quale sistema viene generalmente usato per cucinare (piano cottura)?

☐ Gas

☐ Elettricità

☐ Legna o carbone

☐ Altro *(specificare)* _____

24. Nell'ambiente in cui si cucina è presente una finestra?

☐ No

☐ Si

Sezione 4. Il tempo libero

(Le risposte alle domande di questa sezione devono far riferimento all'**anno precedente l'inizio della gravidanza**)

1. Nell'anno precedente la gravidanza quanto tempo dedicava in media alla *settimana* alla seguente attività non retribuita?

☐ Assistenza (aiuto a parenti bisognosi, ecc.) |__|__|ore

☐ Associazioni Volontariato |__|__|ore

☐ Altro *(specificare)* _____ |__|__|ore

☐ Nessuna

2. Nell'anno precedente la gravidanza quante volte in media al *mese* usciva per svago?

(cinema, teatro, vedere gli amici, ecc.)

|__|__| Numero

3. Praticava sport regolarmente nell'anno precedente la gravidanza?

☐ No

☐ Si

Se si, quali e quante volte in media a settimana?	***Volte** a settimana*
☐ Nuoto	|__|
☐ Palestra	|__|
☐ Corsa all'aperto	|__|
☐ Danza	|__|
☐ Bicicletta	|__|
☐ Pallavolo	|__|
☐ Altro *(specificare)* _____	|__|

4. Nell'anno precedente la gravidanza era una persona attiva?

(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che le si addice di più)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(per niente) *(moltissimo)*

Sezione 5. Stile di vita

Abitudine al fumo prima della gravidanza

1. Ha mai fumato?

☐ No *(passare alla domanda 2)*

☐ Si, ma **avevo già smesso prima della gravidanza** *(rispondere alle domande a,b,c)*

a) A che età ha cominciato a fumare?

|__|__| anni

b) Quale era il numero medio di sigarette che fumava al giorno?

|__|__| numero

c) A che età ha smesso?

|__|__| anni

☐ Si, **ho fumato fino** all'inizio della gravidanza *(rispondere alle domande d,e)*

d) A che età ha cominciato a fumare?

|__|__| anni

e) Quale è il numero medio di sigarette che fumava al giorno (*nell'anno precedente alla gravidanza*)?

|__|__| numero

2. Il padre del bambino o il suo partner fumava nell'anno precedente la gravidanza?

☐ No

☐ Si

Abitudine all'alcol l'anno precedente la gravidanza

3. Durante l'anno precedente la gravidanza, ha assunto bevande alcoliche?

☐ No *(passare alla domanda 6)*

☐ Si, bevevo bevande alcoliche tutti i giorni o quasi

|__|__| Numero unità di bevande alcoliche **alla settimana**

per unità alcolica si intende: un bicchiere di vino; una lattina di birra; un bicchierino di liquore

☐ Si, bevevo bevande alcoliche ma non tutti i giorni

|__|__| Numero unità di bevande alcoliche **al mese**

☐ Non so / non ricordo

4. Rispetto ai pasti, quando beveva tali bevande alcoliche?

☐ Solo durante i pasti

☐ Prevalentemente durante i pasti

☐ Prevalentemente fuori dai pasti

☐ Solo fuori dai pasti

5. Nell'anno precedente la gravidanza, considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, quante volte al mese le è capitato di bere 6 o più unità in una *unica occasione* (ad esempio bere fino all'eccesso in una serata con amici)?

|__| Numero di volte

☐ Mai

☐ Non so / non ricordo

La dieta

6. Nell'anno precedente la gravidanza, seguiva una dieta particolare?

☐ No

☐ Sì, la seguente:

☐ Vegetariana (*non assunzione di carne e pesce*)

☐ Vegana (*non assunzione di carne, pesce, uova, latte e derivati*)

☐ Priva di glutine

☐ Priva di latte e derivati

☐ Macrobiotica (*Dieta finalizzata ad equilibrare l'assunzione e la combinazione qualitativa e quantitativa dei diversi)*

☐ Altro *(specificare)* _____

7. Aveva l'abitudine di aggiungere sale ai cibi serviti in tavola?

☐ No

☐ Sì, prima di assaggiare

☐ Si, dopo aver assaggiato

8. Usava abitualmente sale iodato?

☐ No

☐ Sì

☐ Non so

Sezione 6. La salute

1. Qual è la sua altezza e quella del padre del bambino?

Madre: |__|__|__| cm

Padre: |__|__|__| cm

2. Qual è il suo peso e quello del padre del bambino?

Madre (prima della gravidanza): |__|__|__| kg

Padre: |__|__|__| kg

3. Con che tipo di parto è nata?

☐ per via naturale (vaginale)

☐ per taglio cesareo

☐ non so

4. E' stata allattata al seno?

☐ Sì

☐ No

☐ Non so

5. A quanti anni ha avuto il primo ciclo mestruale?

|__|__| anni

☐ non ricorda

6. Nell'anno precedente questa gravidanza, i suoi cicli sono stati normali?

Per normale si intende un periodo compreso tra i 25 e i 36 giorni, con una media di 28 giorni, che intercorre tra l'inizio di una mestruazione e l'inizio della successiva.

☐ Si

☐ No

☐ Non ho avuto cicli mestruali
Se ha risposto "non ho avuto cicli mestruali" specificare il motivo (ad esempio pillola anticoncezionale o altro):

_____

_____

7. Qual era il suo peso alla nascita e quello del padre del bambino?

Madre	Padre
☐ fino a 2500 grammi	☐ fino a 2500 grammi
☐ 2500 grammi e più	☐ 2500 grammi e più
☐ Più di 4000 grammi	☐ Più di 4000 grammi
☐ Non so	☐ Non so

8. A quante settimane di gestazione è nata lei e il padre del bambino?

Madre	Padre
☐ Prima del termine (meno di 37 settimane)	☐ Prima del termine (meno di 37 settimane)
☐ A termine o dopo il termine	☐ A termine o dopo il termine
☐ Non so	☐ Non so

9. Nell'arco della vita a lei (NON in gravidanza) o al padre del bambino è stata mai fatta una delle seguenti diagnosi?

(barrare sempre si o no e rispondere sì solo se la diagnosi è stata fatta da un medico)

	Madre			Padre		
	No	*Si*	*Non so*	*No*	*Si*	*Non so*
Asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronchite cronica o enfisema	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronchite asmatica o bronchite o polmonite nei primi due/tre anni di vita	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epilessia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabete *(se si, compilare anche la domanda 9.a)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ipertensione (*solo se trattata con farmaci anti-ipertensivi*)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tumore maligno	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bulimia o anoressia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epatite B	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epatite C	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Criptorchidismo			☐	☐	☐	☐
Celiachia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Emicrania/cefalea	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Miopia che richiede uso occhiali	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depressione	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ansia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Altri disturbi psichici (ad es. attacchi di panico, disturbi ossessivi-compulsivi ecc)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ipotiroidismo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se si, trattato con farmaci?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ipertiroidismo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se si, trattato con farmaci?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se si, trattato con farmaci	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Altre patologie della tiroide	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se si, trattato con farmaci?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Altro _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9.a In caso di diabete come veniva trattato?

	Madre	Padre
Insulina	☐	☐
Antidiabetici orali	☐	☐
Solo dieta	☐	☐

10. Avete mai avuto una diagnosi di allergia con test allergici positivi per?

*(rispondere sì **SOLO** se la diagnosi e i test sono stati fatti da un **medico** e barrare sempre sì e no)*

Madre			Padre			
	No	*Si*		*No*	*Si*	*Non so*
Animali	☐	☐	Animali	☐	☐	☐
Polline	☐	☐	Polline	☐	☐	☐
Polvere/acari/muffe	☐	☐	Polvere/acari/muffe	☐	☐	☐
Punture di insetti	☐	☐	Punture di insetti	☐	☐	☐
Alimenti *(specificare quali)* ☐ ☐			Alimenti *(specificare quali)* ☐ ☐ ☐			
☐ Altro *(specificare)*			☐ Altro *(specificare)*			

11. Avete mai sofferto dopo l'adolescenza, in età adulta di:

(barrare sempre sì e no)

	Madre		Padre		
	No	*Si*	*No*	*Si*	*Non so*
Sibili o fischi al torace	☐	☐	☐	☐	☐
se ha risposto sì: ☐ solo durante comuni raffreddori o influenza ☐ solo al di fuori dei comuni raffreddori o influenza ☐ sia durante che fuori dai comuni raffreddori o influenza					
Starnuti o naso che cola o naso chiuso al di fuori dei comuni raffreddori o influenza accompagnato da prurito o lacrimazione agli occhi	☐	☐	☐	☐	☐
Tosse per la maggior parte dei giorni per almeno tre mesi anche non consecutivi all'anno	☐	☐	☐	☐	☐
Arrossamento della pelle con prurito in una o più delle seguenti zone: pieghe dei gomiti, dietro le ginocchia, intorno al collo, intorno agli occhi	☐	☐	☐	☐	☐
Raffreddore primaverile o da pollini	☐	☐	☐	☐	☐
Eczema o dermatite atopica	☐	☐	☐	☐	☐

12. Nell'anno precedente questa gravidanza quanto spesso mediamente in una settimana:

	Madre				Padre			
	Mai	*meno di 1 volta*	*1-2 volte*	*3 o più volte*	*Mai*	*meno di 1 volta*	*1-2 volte*	*3 o più volte*
Ha avuto difficoltà ad addormentarsi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si è svegliata più volte durante la notte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ha avuto difficoltà a mantenere il sonno? *(Considerare anche lo svegliarsi troppo presto)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le è capitato di svegliarsi dopo aver dormito le ore abituali e sentirsi stanca ed esausta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sezione 7. Precedenti gravidanze

1. Ha avuto gravidanze precedenti?

☐ No *(passare alla sezione successiva a pag. 20)*

☐ Si *se si, quante?* |__|__|

2. Esiti di tutte le gravidanze precedenti:

numero

|__|__| Nati vivi

|__|__| Nati morti

|__|__| Aborti spontanei prima della 20° settimana

|__|__| Aborti spontanei dalla 20° settimana in poi

|__|__| Interruzioni Volontarie di Gravidanza

3. Mese e anno dell'ultima delle gravidanze precedenti (data del parto/evento: es: aborto-interruzione):

|__|__|/|__|__|__|__| ☐ non ricordo
mese anno

4. A che età ha avuto inizio la prima gravidanza ?

|__|__| anni ☐ non ricordo

5. Ha usato qualche tipo di trattamento medico per favorire il verificarsi di almeno una delle gravidanze precedenti?

☐ No

☐ Si

Se sì:

5.a) Per quale ragione?

☐ Infertilità maschile

☐ Infertilità femminile

☐ Di coppia

5.b) Quale di questi?

☐ induzione farmacologica dell'ovulazione

☐ inseminazione intrauterina

☐ altra tecnica (GIFT, FIVET, ICSI) _____

6. Ha allattato al seno i suoi figli precedenti?

	1° figlio	2° figlio	3° figlio	4° figlio
No	☐	☐	☐	☐
Si, *(specificare numero di mesi di allattamento)*	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Sì, ma non ricordo i mesi	☐	☐	☐	☐

7. Può dirci il peso alla nascita e il sesso dei suoi figli precedenti?

	1° figlio	2° figlio	3° figlio	4° figlio
Peso in grammi	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|
Sesso	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F

8. Può dirci se i suoi figli precedenti sono nati a termine, prima del termine o dopo il termine?

	1° figlio	2° figlio	3° figlio	4° figlio
Prima del termine (meno di 37 settimane di gestazione)	☐	☐	☐	☐
A termine o dopo il termine (dalle 37 settimane in poi)	☐	☐	☐	☐
Non sa, non ricorda	☐	☐	☐	☐

9. Ha frequentato un *corso di preparazione alla nascita* nella/e precedente/i gravidanza/e?

☐ No

☐ Si

Sezione 8. Gravidanza attuale

1. Aveva/avevate cercato questa gravidanza?

☐ No

☐ Si

2. Se si, per quanto tempo è stata cercata questa gravidanza?

☐ Meno di 6 mesi

☐ Tra 6 -11 mesi

☐ 1-2 anni

☐ 3 o più anni

3. Ha usato qualche tipo di trattamento medico per favorire il verificarsi di questa gravidanza?

☐ No

☐ Si

Se si, quale di questi?

☐ induzione farmacologica dell'ovulazione

☐ inseminazione intrauterina

☐ altra tecnica (GIFT, FIVET, ICSI) _____

4. Può esprimere *la sua* contentezza quando ha saputo di essere incinta?

(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che le si addice di più)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(per niente) *(moltissimo)*

5. Può esprimere la contentezza *del padre* quando ha saputo che lei era incinta?

(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che le si addice di più)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(per niente) *(moltissimo)*

6. Qual è la data dell'ultima mestruazione?

|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

☐ non la ricordo

7. Qual è la data presunta del parto?

|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

☐ non la ricordo

8. La data presunta del parto è stata confermata da un'ecografia (effettuata nel primo trimestre)?

☐ No

☐ Si

☐ non ricordo

9. A quale settimana di gestazione ha effettuato la prima visita ostetrica?

|__|__| settimana

☐ non ricordo

10. Quante visite di controllo ha effettuato in gravidanza?

|__|__| numero visite

☐ non ricordo

11. Quante ecografie ostetriche ?

|__|__| numero ecografie

☐ non ricordo

12. Ha frequentato un *corso di preparazione alla nascita* in questa gravidanza?

☐ No

☐ Si

13. Durante la gravidanza ha effettuato test di screening o esami di diagnosi prenatale per escludere la presenza di malformazioni del nascituro?

☐ No *(passare alla domanda 14)*

☐ Si

Se si:

13.a *quali di questi esami ha effettuato?*

TEST DI SCREENING

☐ Ecografia translucenza nucale (effettuato nel I trimestre)

☐ Test combinato (effettuato nel I trimestre)
basato sulla combinazione di translucenza nucale + beta-hCG + Proteina Plasmatica A associata alla gravidanza (PAPP-A) correlati con l'età materna.

☐ Bi-test (HCG+alfa-fetoproteina)(effettuato nel II trimestre)

☐ Tri-test (HCG+alfa-fetoproteina+estriolo)(effettuato nel II trimestre)

☐ Altro_____

ESAMI DI DIAGNOSI PRENATALE

☐ Amniocentesi

☐ Villocentesi

☐ Cordocentesi o funicolocentesi

☐ Altro _____

14. Durante la gravidanza ha avuto contatto diretto (in casa o balcone e giardino) e non occasionale (quindi frequente), con degli animali?

☐ No

☐ Si

14.a *Se Sì, quali?*

☐ Gatti

☐ Cani

☐ Conigli

☐ Roditori

☐ Uccelli

☐ Altro _____

Attività lavorativa e stile di vita

15. Ha lavorato in gravidanza?

☐ No

☐ Si

Se Sì,

15.a Quando ha smesso di lavorare? |__|__| settimana di gestazione

15.b Perché ha smesso di lavorare (anche più di una risposta)?

☐ raggiunto il termine di legge per la maternità

☐ malattia/stanchezza

☐ scelta personale

☐ licenziamento

☐ Altro _____

16. Nei periodi indicati, quali abitudini ha avuto (a casa, a lavoro, ecc.)?

	Nei primi 3 mesi di questa gravidanza	Negli ultimi 3 mesi di questa gravidanza
Sono stata per lo più seduta	☐	☐
Sono stata molto tempo in piedi	☐	☐
Ho usato molte energie fisiche	☐	☐
Al lavoro sono stata a contatto con sostanze chimiche od esalazioni *(Piombo, Cromo, Fumi di motori diesel, Pesticidi, vernici, Solventi, Inchiostro, Oli industriali e lubrificanti, Formalina/Formaldeide, Chemioterapici (non per trattamento personale), Gas anestetici)?* Specificare quale sostanza _____	☐	☐
Ho fatto turni anche notturni	☐	☐
Ho lavorato a tempo pieno	☐	☐
Ho lavorato part-time	☐	☐
Ho lavorato occasionalmente	☐	☐

17. Durante la gravidanza, quanto spesso ha eseguito le seguenti attività?

	Ogni giorno	Da 2 a 6 volte la settimana	1 volta a settimana	meno di 1 volta la settimana	Mai
Lavori domestici come attività professionale	☐	☐	☐	☐	☐
Attività da Parrucchiera	☐	☐	☐	☐	☐
Attività in Tintoria	☐	☐	☐	☐	☐
Sviluppo fotografico	☐	☐	☐	☐	☐
Lavoro agricolo	☐	☐	☐	☐	☐
Lavoro ospedaliero	☐	☐	☐	☐	☐

18. Durante la gravidanza, quanto spesso ha usato le seguenti sostanze?

	Ogni giorno	Da 2 a 6 volte la settimana	1 volta a settimana	meno di 1 volta la settimana	Mai
Colle, mastici	☐	☐	☐	☐	☐
Disinfettante	☐	☐	☐	☐	☐
Candeggina	☐	☐	☐	☐	☐
Detersivo per finestre	☐	☐	☐	☐	☐
Smacchiatore per tappeti	☐	☐	☐	☐	☐
Detersivo per forno	☐	☐	☐	☐	☐
Sverniciatore	☐	☐	☐	☐	☐
Vernice per muri	☐	☐	☐	☐	☐
Diserbante	☐	☐	☐	☐	☐
Pesticidi/insettidici	☐	☐	☐	☐	☐
Aerosol o spray (lacca)	☐	☐	☐	☐	☐
Tintura per capelli a base di ammoniaca	☐	☐	☐	☐	☐
Sostanze per permanente	☐	☐	☐	☐	☐
Crema depilatoria	☐	☐	☐	☐	☐
Ammoniaca	☐	☐	☐	☐	☐
Acido muriatico	☐	☐	☐	☐	☐
Altro _____	☐	☐	☐	☐	☐
Altro _____	☐	☐	☐	☐	☐
Altro _____	☐	☐	☐	☐	☐

19. Nei primi tre mesi della gravidanza è stata una persona attiva?

(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che le si addice di più)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(per niente) *(moltissimo)*

20. Durante la gravidanza ha avuto difficoltà nello svolgere le attività della vita quotidiana (fare la spesa, pulizie, spostamenti a piedi)?

☐ No

☐ Si

20.a *Se Sì, quando?*

☐ 1° trimestre

☐ 2° trimestre

☐ 3° trimestre

21. Ha praticato sport durante la gravidanza?

☐ No o saltuariamente

☐ Si

Se sì,

21.a *Quale/i?* _____

21.b *Con quale frequenza? (complessivamente)*

	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre
Mai	☐	☐	☐
1 o 2 volte al mese	☐	☐	☐
Almeno una volta a settimana	☐	☐	☐
2-3 volte a settimana	☐	☐	☐

22. Nel primo trimestre di gravidanza si è cimentata, almeno una volta a settimana, in attività come passeggiare a passo spedito e per un tempo abbastanza lungo tanto da sudare, giardinaggio, bicicletta?

☐ No

☐ Si

22.a *Se Sì, per quante ore a settimana?* |__|__| numero ore

23. In una settimana tipo durante i 9 mesi di gravidanza quante ore al giorno ha passato all'aria aperta, durante le ore di sole?

(passeggiare per strada, in giardino, ecc.)

	ore al giorno	*meno di un'ora*
1° mese di gravidanza	|__|__|	•
2° mese di gravidanza	|__|__|	•
3° mese di gravidanza	|__|__|	•
4° mese di gravidanza	|__|__|	•
5° mese di gravidanza	|__|__|	•
6° mese di gravidanza	|__|__|	•
7° mese di gravidanza	|__|__|	•
8° mese di gravidanza	|__|__|	•
9° mese di gravidanza	|__|__|	•

24. Ha russato di notte durante il sonno, al di fuori dei comuni raffreddori?

	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre
Mai	☐	☐	☐
meno di 1 volta a settimana	☐	☐	☐
1-2 volte a settimana	☐	☐	☐
3 o più volte a settimana *(rispondere alla 24.a)*	☐	☐	☐

24.a Se ha russato 3 o più volte, qual è stata l'intensità del russamento?

☐ Russamento leggero, simile a un respiro pesante

☐ Russamento di media entità, simile a un brontolio

☐ Russamento di discreta entità (si avverte solo entrando nella camera)

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

Fumo

25. In gravidanza (anche solo prima di sapere di essere incinta) ha mai fumato?

☐ No

☐ Si

25.a *Se si, quante sigarette al giorno?*

1° mese di gravidanza	|__|__|
2° mese di gravidanza	|__|__|
3° mese di gravidanza	|__|__|
4° mese di gravidanza	|__|__|
5° mese di gravidanza	|__|__|
6° mese di gravidanza	|__|__|
7° mese di gravidanza	|__|__|
8° mese di gravidanza	|__|__|
9° mese di gravidanza	|__|__|

26. In gravidanza ha usato cerotti o gomme da masticare contenenti nicotina?

☐ No

☐ Si

27. In gravidanza, qualcuno (compreso partner) ha fumato a casa, in automobile o al lavoro in sua presenza?

	Nei primi tre mesi	Dopo i primi tre mesi
No	☐	☐
Sì, meno di 1 ora al giorno	☐	☐
Sì, almeno 1 ora al giorno *specificare quante ore mediamente al giorno*	☐ |__|__|	☐ |__|__|

27.a *Se Sì, come descriverebbe l'ambiente?*

☐ Molto fumoso: si vedevano nuvole dense di fumo nell'aria

☐ Mediamente fumoso: si vedeva il fumo nell'aria

☐ Poco fumoso: si sentiva l'odore di fumo nell'aria

Alcool in gravidanza

28. Durante la gravidanza (anche prima di sapere di essere incinta) ha consumato alcolici anche solo occasionalmente)?

	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre
No *(passare alla dom. 29)*	☐	☐	☐
Si, solo in occasioni particolari (*ad es. compleanni, anniversari, feste, ecc.)*	☐	☐	☐
Sì	☐	☐	☐

28.a *Se si, quante unità di bevande alcoliche (un bicchiere di vino, o una lattina di birra oppure un bicchierino di liquore) ha bevuto mediamente alla settimana?*

1° trimestre |__|__| 2° trimestre |__|__| 3° trimestre |__|__|

Dieta

29. Durante la gravidanza quante volte ha assunto nella sua dieta abituale i seguenti alimenti?

Alimento	mai	meno di 1 volta a settimana	1-2 volte a settimana	3-5 volte a settimana	6-7 volte a settimana	piu' di una volta al giorno
pasta/riso/cereali/pane	☐	☐	☐	☐	☐	☐
carne rossa (manzo, vitello, maiale, cavallo, ecc.) o frattaglie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
carne bianca (pollo, tacchino, coniglio, ecc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
affettati/salumi da soli o nel panino	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pesce (fresco, surgelato od in scatola)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
frutti di mare (crostacei, vongole, cozze, ecc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
uova o frittata	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Alimento	mai	meno di 1 volta a settimana	1-2 volte a settimana	3-5 volte a settimana	6-7 volte a settimana	piu' di una volta al giorno
legumi (piselli, fagioli, lenticchie, ceci, fave, soia, ecc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patate	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verdura cruda	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verdura cotta (escluse patate e legumi) o minestrone	☐	☐	☐	☐	☐	☐
frutta (cruda o cotta) o spremute	☐	☐	☐	☐	☐	☐
formaggi freschi o stagionati	☐	☐	☐	☐	☐	☐
maionese o salse a base di maionese sui piatti o nel panino	☐	☐	☐	☐	☐	☐
cibi in scatola, liofilizzati, surgelati	☐	☐	☐	☐	☐	☐
alimenti fritti (patate, verdure, carne, pesce, ecc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dolci (biscotti, brioches, merendine, torte, budini, cioccolata, gelati, ecc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
snack salati (patatine, noccioline, ecc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
yogurt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
latte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bibite analcoliche (coca-cola, aranciata, chinotto, gazzosa, ecc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Durante la gravidanza ha bevuto caffè *non decaffeinato* (anche nel caffèlatte o nel cappuccino)?

☐ No

☐ Si

30.a *Se Si, quante tazzine mediamente/generalmente alla settimana?*

1° trimestre |__|__| 2° trimestre |__|__| 3° trimestre |__|__|

31. Durante la gravidanza ha bevuto tè *non deteinato*?

☐ No

☐ Si

31.a *Se Si, quante tazze mediamente/generalmente alla settimana?*

1° trimestre |__|__| 2° trimestre |__|__| 3° trimestre |__|__|

32. Durante la gravidanza ha bevuto bevande tipo "cocacola", contenenti caffeina?

☐ No

☐ Si

32.a *Se Si, quanti bicchieri mediamente/generalmente alla settimana?*

1° trimestre |__|__| 2° trimestre |__|__| 3° trimestre |__|__|

33. Durante la gravidanza ha utilizzato il sale iodato?

☐ No

☐ Si

34. Durante la gravidanza ha mai ridotto l'apporto di sale?

☐ No

☐ Si

34.a *Se Si, per quale motivo* _____

35. In gravidanza quanta acqua ha bevuto abitualmente al giorno
(in totale, contando anche l'acqua bevuta durante i pasti)?

☐ Meno di ½ litro

☐ Da mezzo litro ad un litro e mezzo

☐ Più di un litro e mezzo

☐ Non so

Le sezioni dalla 1 alla 8 sono state compilate da:

☐ madre del bambino

☐ entrambi i genitori

Cara Mamma,

ti ringraziamo caldamente

della collaborazione.

Per la compilazione delle sezioni 9 e 10

sarai aiutata dall’intervistatrice.

Sezione 9. Patologie e uso di farmaci in gravidanza

1. Durante questa gravidanza le è mai stata fatta da un medico una delle seguenti diagnosi?

(barrare sempre no e si)

	No	*Si*
Diabete gestazionale (*compilare anche la 1.a)*	☐	☐
Ipertensione *(compilare anche la 1.b)*	☐	☐
Gestosi /preeclampsia/eclampsia/hellp syndrome	☐	☐
Infezioni vaginali	☐	☐
Ricovero per minaccia d'aborto (solo se ha effettuato terapia endovenosa/infusionale)	☐	☐
Ricovero per minaccia di parto prematuro (meno di 37 settimane e solo se ha effettuato terapia medica)	☐	☐
Insufficiente crescita fetale (confermata in più di una ecografia)	☐	☐
Infezioni urinarie	☐	☐
Polidramnios (troppo liquido amniotico)	☐	☐
Oligoidramnios (poco liquido amniotico)	☐	☐
Altro _____ _____	☐	☐

1.a In caso di diabete come è stato trattato?

☐ Insulina

☐ Antidiabetici orali

☐ Solo dieta

1.b In caso di ipertensione, è stata trattata con antiipertensivi?

☐ No

☐ Si

2. Durante questa gravidanza ha sofferto di patologie della tiroide?

(barrare sempre si o no)

	NO	SI
Ipotiroidismo? *Se si, assumeva dei farmaci per questa patologia? Riportare il nome del farmaco e il dosaggio*	☐	☐ _____ _____
Ipertiroidismo? *Se si, assumeva dei farmaci per questa patologia? Riportare il nome del farmaco e il dosaggio*	☐	☐ _____ _____
Ha sofferto di altre patologie della tiroide? *Se si*, indichi quale	☐	☐ _____ _____

3. Durante la gravidanza, o nel trimestre precedente, ha sofferto di qualcuna di queste malattie infettive?

(barrare sempre si o no)

	No	Si, nel trimestre precedente la gravidanza	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre
Rosolia	☐	☐	☐	☐	☐
Morbillo	☐	☐	☐	☐	☐
Orecchioni/parotite	☐	☐	☐	☐	☐
Varicella	☐	☐	☐	☐	☐
Herpes zoster	☐	☐	☐	☐	☐
Mononucleosi	☐	☐	☐	☐	☐
Toxoplasmosi	☐	☐	☐	☐	☐
Infezione da citomegalovirus	☐	☐	☐	☐	☐
Sieropositività HIV	☐	☐	☐	☐	☐
Epatite B	☐	☐	☐	☐	☐
Epatite C	☐	☐	☐	☐	☐

4. Se *prima della gravidanza* le è stata fatta da un medico una diagnosi di asma, ha avuto *in gravidanza* dei sintomi asmatici (mancanza di fiato, sibili, ecc.)?

☐ No

☐ Si

4.a *Se sì: (indicare anche più di una risposta)*

☐ 2 volte a settimana o meno

☐ più di 2 volte a settimana

☐ si è svegliata di notte per sintomi asmatici meno di 2 volte al mese

☐ si è svegliata di notte per sintomi asmatici 2 o più volte al mese

☐ Ha dovuto assumere spray di broncodilatatore (ventolin, broncovaleas, ecc.) 2 volte a settimana o meno

☐ Ha dovuto assumere spray di broncodilatatore (ventolin, broncovaleas, ecc.) più di 2 volte a settimana

☐ Ha dovuto assumere cortisone per bocca/iniezioni per almeno tre giorni:

☐ no

☐ si, 1 volta in tutta la gravidanza

☐ si, 2 o più volte in tutta la gravidanza

5. Durante questa gravidanza è mai stata sottoposta ad uno o più di questi tipi di raggi X o TAC?

☐ No

☐ Si *(anche più di una risposta)*:

☐ Braccia o mani

☐ Gambe o piedi

☐ Torace

☐ Denti

☐ Testa o collo

☐ Schiena

☐ Esame con mezzi di contrasto

☐ Anche o pelvi

☐ Stomaco o addome

6. Durante questa gravidanza è stata mai costretta a rimanere a letto per più di una settimana per un motivo ostetrico?

☐ No

☐ Si

6.a *Se si, per quale motivo* _____

7. Durante questa gravidanza è mai stata visitata al pronto soccorso?

☐ No

☐ Si

7.a *Se si, perché?*

motivo 1 _____

motivo 2 _____

motivo 3 _____

motivo 4 _____

8. Durante questa gravidanza è stata mai ricoverata in ospedale?

☐ No

☐ Si

8.a *Se si, perché?*

motivo 1 _____

motivo 2 _____

motivo 3 _____

motivo 4 _____

9. Quando si è verificata la sua ultima mestruazione stava già prendendo qualche prodotto a base di vitamine, ad esempio: acido folico, vitamina D, multivitaminici o a base di integratori, ad esempio DHA (omega 3), luteina?

☐ No *(passare alla domanda 10)*

☐ Si

9.a *Se Sì, quale?*

Prodotto 1 _____

per quanti mesi prima (numero) |__|__|

n° volte/die |__|__|

Prodotto 2 _____

per quanti mesi prima (numero) |__|__|

n° volte/die |__|__|

Prodotto 3 _____

per quanti mesi prima (numero) |__|__|

n° volte/die |__|__|

10. Una volta a conoscenza dello stato di gravidanza o più avanti nel corso della gravidanza ha preso per almeno un mese qualche prodotto a base di vitamine, ad esempio: acido folico, vitamina D, multivitaminici o a base di integratori, ad esempio DHA (omega 3) e luteina?

(scrivere uno stesso prodotto più di una volta se è stato assunto in momenti diversi)

☐ No

☐ Si

10.a *Se Sì, quale?*

Prodotto 1 _____

Inizio (mese di gravidanza) |__|__| n° volte/die|__|__|

Fine (mese di gravidanza) |__|__| a giorni alterni ☐

Prodotto 2 _____

Inizio (mese di gravidanza) |__|__| n° volte/die|__|__|

Fine (mese di gravidanza) |__|__| a giorni alterni ☐

Prodotto 3 _____

Inizio (mese di gravidanza) |__|__| n° volte/die|__|__|

Fine (mese di gravidanza) |__|__| a giorni alterni ☐

11. Dall'inizio di questa gravidanza, ha mai usato uno o più di questi farmaci?

Sostanza	Numero di giorni di trattamento		
	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre
Aspirina	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Paracetamolo/Tachipirina	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Antidolorifici/Antiifiammatori *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Antidolorifici/Antiifiammatori *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Antidolorifici/Antiifiammatori *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Antistaminici *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Antistaminici *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Antibiotici ***(compilare anche la 11.a)***	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Psicofarmaci *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Psicofarmaci *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Psicofarmaci *(specificare quale)* _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Buscopan	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Altro 1 _____ _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Altro 2 _____ _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|
Altro 3 _____ _____	|__|__|	|__|__|	|__|__|

11.a Per quale motivo ha assunto gli antibiotici?

☐ Infezioni delle vie urinarie
☐ Infezioni orecchio/naso/gola
☐ Bronchite/Polmonite
☐ Altro _____

12. Di quanti chili è aumentata in questa gravidanza?

|__|__| Kg

☐ non so

Sezione 10. Subito dopo il parto

1. Quando ha attaccato al seno il bambino per la prima volta?

☐ Entro 2 ore dal parto

☐ A 2 ore dal parto o successivamente (specificare quante |__|__| ore)

☐ Non l'ha ancora attaccato (specificare le ore trascorse dal parto|__|__|)

2. In gravidanza aveva già deciso il tipo di alimentazione del suo bambino?

☐ No

☐ Si

2.a *Se Sì, quale?*

☐ Latte materno

☐ Latte artificiale

☐ Misto

3. Durante la degenza il suo bambino ha ricevuto (possibile più di una risposta):

☐ Latte materno

☐ Latte artificiale

☐ Altri liquidi (acqua, glucosata, camomilla, tisane)

4. In quale posizione mette a dormire il suo bambino (una sola risposta indicando la posizione prevalente)?

☐ A pancia in giù

☐ A pancia in su

☐ Di lato o sul fianco

☐ Dorme nel nido

5. Al suo ritorno a casa troverà sostegno nell'accudimento del bambino e/o nelle faccende domestiche, da parte di altre persone (un'amica, un familiare, ecc.)?

☐ No

☐ Si

☐ Non so

Cara Mamma,

ti preghiamo di compilare da sola

le seguenti domande.

Sezione 11. Emotività e gravidanza

1. Durante questa gravidanza quanto spesso mediamente in una settimana:

	Trimestre			Trimestre			Trimestre			Trimestre		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
	Mai			**meno di 1 volta a settimana**			**1-2 volte a settimana**			**3 o più volte a settimana**		
Ha avuto difficoltà ad addormentarsi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si è svegliata più volte durante la notte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ha avuto difficoltà a mantenere il sonno? (Considerare anche lo svegliarsi troppo presto)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le è capitato di svegliarsi dopo aver dormito le ore abituali e sentirsi stanca ed esausta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Durante la gravidanza c'è stato un evento stressante (incidente stradale, aggressione, decesso di un parente stretto, o altro)?

☐ No

☐ Si

2.a *Se Si quale* _____

3. Durante la gravidanza quale è stato il suo atteggiamento?

☐ Prevalentemente preoccupato

☐ Talvolta preoccupato

☐ Prevalentemente sereno

4. Durante la gravidanza è rimasta spesso a casa da sola per gran parte della giornata?

☐ Mai

☐ Qualche volta

☐ Spesso

☐ Sempre

5. Durante la gravidanza ha avuto un aiuto per le faccende domestiche?

☐ No

☐ Si

6. Durante la gravidanza il suo partner/marito le è stato di sostegno?

☐ Mai

☐ Qualche volta

☐ Spesso

☐ Sempre

Sezione 12. L'ultimo mese

*Le seguenti domande sono da riferirsi all'**ultimo mese di gravidanza***

1. E' stata in grado di concentrarsi sulle cose che faceva?
   - ☐ Meglio del solito
   - ☐ Come al solito
   - ☐ Meno del solito
   - ☐ Molto meno del solito

2. Ha perso molto sonno per delle preoccupazioni?
   - ☐ No
   - ☐ Non più del solito
   - ☐ Un po' più del solito
   - ☐ Molto più del solito

3. Si è sentita utile?
   - ☐ Più del solito
   - ☐ Come al solito
   - ☐ Meno utile del solito
   - ☐ Molto meno del solito

4. Si è sentita capace di prendere decisioni?
   - ☐ Più del solito
   - ☐ Come al solito
   - ☐ Meno del solito
   - ☐ Molto meno del solito

5. Si è sentita costantemente sotto stress (tensione)?
   - ☐ No
   - ☐ Non più del solito
   - ☐ Un po' più del solito
   - ☐ Molto più del solito

6. Ha avuto l'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà?
   - ☐ No
   - ☐ Non più del solito
   - ☐ Un po' più del solito
   - ☐ Molto più del solito

7. E' stata in grado di svolgere volentieri le sue attività quotidiane?
   - ☐ Più del solito
   - ☐ Come al solito
   - ☐ Meno del solito
   - ☐ Molto meno del solito

8. E' stata in grado di affrontare i suoi problemi?
   - ☐ Più del solito
   - ☐ Come al solito
   - ☐ Meno del solito
   - ☐ Molto meno del solito

9. Si è sentita molto infelice e depressa?
   - ☐ No
   - ☐ Non più del solito
   - ☐ Un po' più del solito
   - ☐ Molto più del solito

10. Ha perso fiducia in se stessa?
    - ☐ No
    - ☐ Non più del solito
    - ☐ Un po' più del solito
    - ☐ Molto più del solito

11. Ha pensato di essere una persona senza valore?
    - ☐ No
    - ☐ Non più del solito
    - ☐ Un po' più del solito
    - ☐ Molto più del solito

12. Si è sentita, tutto sommato, abbastanza contenta?
    - ☐ Più del solito
    - ☐ Come al solito
    - ☐ Meno del solito
    - ☐ Molto meno del solito

GRAZIE!

il team di
Piccolipiù

Unità operative coinvolte nel progetto

LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

REGIONE LAZIO

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

BURLO

MEYER
Azienda Ospedaliero-Universitaria

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Crisps

Progetto finanziato da

Ministero della Salute

ccm

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

SST Azienda USL 12 Viareggio
Servizio Sanitario della Toscana

CONTATTI

La responsabilità scientifica del progetto è affidata al Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio ASL RME

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)