

Data al momento della risposta al questionario giorno mese anno

I – DOMANDE SU DI LEI

1. Data di nascita (giorno)/ (mese)/19(anno)

2. Lei è: maschio femmina

3. Lei è :

- Sposato/a o convivente?
 Non sposato/a nè convivente
 Separato/a o divorziato/a
 Vedovo/a

4. Quanti anni di scuola ha terminato ?

(Esempi: elementari completate 5 anni; medie 8 anni; scuola superiore 13 anni; università 17-18 anni)

anni

5. Se ha fatto una scuola superiore era di tipo: liceo istituto tecnico /professionale

6. Qual'è la Sua attuale condizione lavorativa ?

- Dipendente/libero professionista
 Studente
 Casalinga o simile
 Pensionato
 Disoccupato o in cerca di lavoro

7. Quante volte è stato dal Suo Medico di Medicina Generale nell'ultimo anno (negli ultimi 12 mesi)?

- 1-2 volte
 3-4 volte
 5 volte e più

8. Negli ultimi 12 mesi Le è stata fatta una diagnosi o Le sono state date medicine per qualcuna di queste condizioni?

Condizioni	Si, ma senza medicine	Si con anche medicine	No
<input type="checkbox"/> Pressione alta (ipertensione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colesterolo alto (ipercolesterolemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zucchero nel sangue alto (diabete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infarto (infarto miocardico) o angina (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reumatismo o artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mal di schiena , artrosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bronchite cronica , asma o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gastrite o ulcera gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì , ci indichi per favore che tipo			

9. Si è sentito/a teso/a , stressato/a o o con difficoltà ad affrontare i Suoi problemi nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni)?

- per niente
- sì, un pò, ma non più di quanto succede di solito per tutti
- sì, più di quanto succede di solito per tutti
- sì, la mia vita è davvero molto difficile, a momenti insopportabile

10. Qualcuno dei Suoi parenti più stretti (padre,madre, fratelli, sorelle) ha sofferto di qualcuno dei seguenti problemi?

- diabete
- attacco di cuore o ictus
- cancro al seno : _____ e in questo caso è successo quando aveva_____ anni
 prima della menopausa dopo la menopausa non lo so

II – DOMANDE SUL SUO STILE DI VITA:

1. Pensa di mangiare in maniera :

- molto poco sana
- poco sana
- abbastanza sana
- sana
- molto sana

2. Fa attività fisica * per almeno 30 minuti al giorno

- mai
 - meno di 2 volte a settimana (in media)
 - 2-3 volte a settimana o più spesso
- * si intende qualunque attività (p.e camminare, lavori di casa, giardinaggio o sport più intensi)

3. Qual'è la Sua situazione rispetto al fumo?

- Fumo quotidianamente : sigarette e/o sigari e/o pipe (indichi tutto ciò che fuma e salti alla domanda n°5)
- Ho smesso di fumare da un anno e meno → vada alla prossima domanda n°4
- Ho smesso di fumare da più di un anno → vada alla prossima domanda n°4
- Non ho mai fumato → salti alla domanda n°6

4. Come è riuscito/a smettere di fumare ? (indichi anche più di una risposta)

- senza nessun tipo di aiuto
- frequentando gruppi di sostegno
- usando sostituti della nicotina (p.e cerotti, gomme etc.)
- usando farmaci (per esempio. bupropione, vareniclina)
- usando libri e/o opuscoli
- usando medicine alternative (ipnosi, agopuntura, laser etc)
- con l'aiuto del mio Medico di Medicina Generale
- altro: _____ → salti alla domanda n°6

5. Quante (sigarette/sigari/ /pipe) fuma?

- meno di una/o al giorno
- 1-10/giorno
- 11-20/giorno
- più di 20/giorno

6. Quanto spesso beve alcol (vino, birra o liquori) :

- Mai → vada alla domanda n°12 (se è una donna) o alla Sezione III.
- Una volta al mese o meno
- 2-4 volte al mese
- 2-3 volte alla settimana
- 4 volte o più alla settimana

7. In una giornata tipica quanti bicchieri di alcol beve? 1-2 3-4 5-6 7-9 10 o più

8. Qualcuno ha criticato le Sue abitudini di bere alcol durante l'ultimo anno? sì no

9. Si è mai sentito/a a disagio o colpevole relativamente al bere ? sì no

10. Qualche volta si vergogna per aver bevuto troppo? sì no

11. Ha bisogno di un bicchierino appena alzato per sentirsi più tranquillo? yes no

Solo per le donne :

12. Quando ha fatto l'ultimo Pap Test?

- meno di 1 anno fa
- 1-3 anni fa
- 4-5 anni fa
- 6-10 anni fa
- Mai fatto

h. il controllo della pressione del sangue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. la vaccinazione contro l'influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo per le donne :						
j. il Pap test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. la mammografia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4A. Crede che , se decidesse di farlo, riuscirebbe a:	Non è necessario perchè :	Credo di no	Non sono sicuro	Credo di sì	Sono sicuro di riuscire
a. Migliorare come mangia ?	<input type="checkbox"/> Sto già attento a come mangio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aumentare la Sua attività fisica ?	<input type="checkbox"/> Faccio attività fisica almeno un'ora e mezza a settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Raggiunger un peso normale	<input type="checkbox"/> Ho già un peso normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Smettere di fumare?	<input type="checkbox"/> Non fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ridurre il Suo consumo di alcol?	<input type="checkbox"/> Bevo moderatamente o non bevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4B. Crede che, se decidesse di farlo, potrebbe fare (oppure sta già facendo) senza problemi	Credo di no	Non sono sicuro	Credo di sì	Sono sicuro
f. gli esami del sangue per il colesterolo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. gli esami del sangue per il controllo dello zucchero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. il controllo della pressione del sangue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. la vaccinazione contro l'influenza ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo per le donne:				
j. il Pap test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. la mammografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5A. Le piacerebbe ricevere indicazioni dal Suo Medico di Medicina Generale per	Non è necessario o non è applicabile perchè :	No	Non so	Sì
a. Migliorare come mangia?	<input type="checkbox"/> Sto già attento a come mangio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aumentare la Sua attività fisica ?	<input type="checkbox"/> Faccio attività fisica almeno un'ora e mezza a settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Arrivare a un peso normale ?	<input type="checkbox"/> Ho già un peso normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Smettere di fumare?	<input type="checkbox"/> Non fumo o ho smesso di fumare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ridurre il Suo consumo di alcol?	<input type="checkbox"/> Bevo moderatamente o non bevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5B. Le piacerebbe che il Suo Medico di Medicina Generale le facesse o le facesse fare ?		No	Non so	Sì
f. gli esami del sangue per il colesterolo ?	<input type="checkbox"/> Li faccio già regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. . gli esami del sangue per il controllo dello zucchero?	<input type="checkbox"/> Li faccio già regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. il controllo della pressione del sangue ?	<input type="checkbox"/> Lo faccio già regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. la vaccinazione contro l'influenza ?	<input type="checkbox"/> La faccio già regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo per le donne :				
i. le ricordasse di fare il Pap test?	<input type="checkbox"/> Lo faccio già regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. le ricordasse di fare la mammografia ?	<input type="checkbox"/> La faccio già regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV – DOMANDE SULL’ASSISTENZA FORNITALE DAL SUO MEDICO DI FAMIGLIA E DAI SUOI EVENTUALI COLLABORATORI :

1. Il Suo Medico di Famiglia (o i suoi eventuali collaboratori) Le ha mai chiesto o ha parlato con Lei del/la:	No, mai	Non so	Sì, negli ultimi 12 mesi	Sì, l’ultima volta più di 12 mesi fa	Sì, ma non ricordo quando
a. Suo modo di mangiare ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sua attività fisica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Suo peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sua eventuale abitudine al fumo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Suo consumo di alcol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Suo livello di colesterolo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Suo livello di zucchero nel sangue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sua pressione arteriosa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sua eventuale necessità di vaccinazione contro l’influenza ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo per le donne :					
j. Sua necessità di Pap test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Sua necessità di una mammografia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Le piacerebbe ricevere aiuto dal Suo Medico di Medicina Generale per:	Non è necessario o non è applicabile perchè :	No	Non so	Sì			
a. Migliorare come mangia?	<input type="checkbox"/> Sto attento a come mangio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Materiale informativo	Consigli individuali	Consigli in gruppo	Invio da specialisti
b. Aumentare la Sua attività fisica?	<input type="checkbox"/> Faccio attività fisica almeno un’ora e mezza a settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Materiale informativo	Consigli individuali	Consigli in gruppo	Invio da specialisti
c. Normalizzare il Suo peso ?	<input type="checkbox"/> Ho un peso normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Materiale informativo	Consigli individuali	Consigli in gruppo	Invio da specialisti
d. Smettere di fumare?	<input type="checkbox"/> Non fumo o ho smesso di fumare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Materiale informativo	Consigli individuali	Consigli in gruppo	Invio da specialisti
e. Ridurre il Suo consumo di alcol?	<input type="checkbox"/> Bevo moderatamente o non bevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Materiale informativo	Consigli individuali	Consigli in gruppo	Invio da specialisti

ALLEGATO . Studio di Medicina Generale

Domande relative allo studio di Medicina Generale nel quale vengono somministrati i questionari ai pazienti.
Da completare dal ricercatore principale di ogni studio.

1. Lo studio è situato:

- In un' area metropolitana ?
- In un'area di campagna ?
- In un'area di provincia /piccola citta?

2. Lo studio come può essere meglio descritto:

- Inserito in un Centro di Salute o simile ?
- Con un singolo medico?
- Inserito in un ospedale ?
- Altro ?(specificare : _____)
- Per l'Italia Medicina di Gruppo/Rete/Associazione (specificare sotto)

3. Lo studio è :

- Uno studio pubblico (o convenzionato) NB situazione italiana
- Uno studio privato?
- Altro? (specificare: _____)

4. Nello studio si tengono attività di insegnamento postlaurea ?

- Sì
- No

5. Le infermiere dello studio, svolgono un ruolo importante nella consulenza e nell'offerta di attività di promozione della salute'

- Sì
- No
- Non applicabile (non ci sono infermiere)

5. Le infermiere dello studio o del Centro di salute svolgono un ruolo importante nella consulenza e nell'offerta di attività di promozione della salute'

- Sì
- No
- Non applicabile (non ci sono infermiere)

6. Lo studio /il Centro di Salute offre appuntamenti specifici con i MMG /le infermiere per controlli e visite di prevenzione ?

- Sì
- No

NB (aggiunte per l' Italia dall'Investigatore Principale)

- Regione -----
- Dettaglio della forma associativa Gruppo Rete Associazione

- N° di MMG che lavorano nel gruppo/rete/assoc ____
- Presenza Infermiera Professionale SI NO
-