

# QUESTIONARIO

## DATI PRECOMPILATI

### DATI ANAGRAFICI

Nome:

Cognome:

Sesso:

Data di nascita:

Comune/Nazione di nascita:

### RESIDENZA

Comune e provincia di residenza

Indirizzo

Recapito telefonico principale

Altri Recapiti telefonici

### DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

**Nazione:**

1. Italia

2. Estero -> **ESCE dalla rilevazione**

**Comune:** | \_\_\_\_\_ | **Prov** |\_\_|\_\_|

**Indirizzo** | \_\_\_\_\_ |

**1. Nell'ultima settimana ha svolto una o più ore di lavoro retribuito o presso l'azienda di un familiare?**

1. Sì -> **andare a dom.4**

2. No

(se no a dom.1)

**2. Ha un lavoro da cui ricava un guadagno?**

1. Sì

2. No, sto cercando lavoro

3. No, sono casalinga

4. No, sono studente

5. No, sono ritirato dal lavoro

6. No, sono in altra condizione

(se Sì a dom. 2)

**3. Nell'ultima settimana per quale motivo non ha svolto ore di lavoro?**

1. Ero in cassa integrazione

2. Ero in ferie

3. Ero in malattia

4. Ero in quarantena

5. Attività bloccata/sospesa per epidemia

6. Per ridotta attività, scarsità di richieste

7. Altro motivo (specificare .....)

(Se si a dom.1 o a dom.2)

**4. Qual è la sua professione?**

1. Dirigente
2. Quadro, impiegato
3. Capo operaio, operaio subalterno e assimilati, apprendista, lavorante a domicilio per conto d'impresa
4. Imprenditore
5. Libero professionista
6. Lavoratore in proprio (coadiuvante familiare)
7. Socio cooperativa
8. Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto), prestazione d'opera occasionale

(per tutti)

**5. A partire dal 1 febbraio 2020 ha viaggiato in un paese estero?**

1. Sì -> **Quale Paese?** \_\_\_\_\_
2. No

**6. A partire dal 1 febbraio 2020, è stato a contatto con qualche persona affetta da COVID-19/SARS-CoV-2?**

1. Sì negli ultimi 14 giorni
2. Sì, prima degli ultimi 14 giorni
3. Sì, sia negli ultimi 14 giorni che prima
4. No
5. Non so

(Se sì, cod.1, 2 o 3 a dom.6)

**7. La/e persona/e con cui è entrato in contatto erano: (possibili più risposte)**

1. familiare convivente
2. familiare non convivente
3. collega di lavoro
4. paziente
5. altra persona

(per le donne nate tra il 15 maggio 1971 e il 15 maggio 2002)

**8. E' In stato di gravidanza?**

1. Sì **Mese di gestazione** |\_|
2. No
3. Non so

(per tutti)

**9. E stato vaccinato per influenza nella corrente stagione (ottobre 2019-gennaio 2020)?**

1. Sì
2. No
3. Non so

**10. Ha ricevuto una diagnosi di COVID 2019:**

1. Sì ----> **Quando?** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
2. No

**11. A partire dal 1 febbraio 2020, ha avuto uno dei seguenti sintomi? Quando?**

	SI	NO	Negli ultimi 14 giorni	Prima degli ultimi 14 giorni
a. Dolori ossei/muscolari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b. Senso di stanchezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. Mal di testa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. Congiuntivite	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Diarrea	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f. Difficoltà a respirare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g. Dolori Addominali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h. Perdita/alterazione del gusto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
i. Perdita/alterazione dell'olfatto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
l. Mal di gola	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
m. Febbre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
n. Tosse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
o. Sindrome di tipo influenzale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
p. Nausea/Vomito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
q. Confusione mentale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**12. Presenta qualcuna delle seguenti malattie?**

	Sì	No	Non sa
a. Diabete	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. Malattie cardiovascolari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. Deficit immunitari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. Malattie respiratorie croniche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. Rinite allergica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f. Malattie renali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
g. Malattie autoimmuni Lupus artrite reumatoide malattie croniche intestinali, sclerosi a placche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
h. Ipertensione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
i. Malattie del sangue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
l. Malattie neurologiche (Parkinson, Alzheimer)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
m. Tumori	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

(Se Sì a dom.12m altrimenti andare a dom.14)

**13. Nell'ultimo mese ha ricevuto terapie con farmaci antitumorali?**

1. Sì
2. No

(per tutti)

**14. Lei fuma?**

1. Sì
2. No, ma fumavo in passato
3. No, non ho mai fumato

**15. Quanto pesa?**

Chilogrammi |\_\_|\_\_|\_\_|

**16. Quanto è alto?**

Centimetri |\_\_|\_\_|\_\_|