



Aggiornamento della procedura organizzativa di invito della popolazione esposta alle Sostanze Perfluoroalchiliche alla sorveglianza sanitaria.

Sulla base dell'esperienza acquisita nel primo periodo di implementazione della sorveglianza sanitaria della popolazione esposta alle sostanze Perfluoroalchiliche, si è reso necessario modificare la modalità organizzativa di invito della popolazione ed i documenti (lettera di invito e questionario somministrato) che vengono utilizzati.

Pertanto, si apportano le seguenti modifiche, che sostituiscono quanto contenuto nell'Allegato A alla D.G.R. n. 2133del 23/12/2016:

- Aggiornamento del percorso di sorveglianza della popolazione target
- Revisione delle lettere di invito per soggetto maggiorenne (allegato B.1)
- Revisione delle lettere di invito per soggetto minorenni (allegato B.2)
- Revisione del questionario di biomonitoraggio (allegato B.3)

Aggiornamento del percorso di sorveglianza sanitaria della popolazione target.

Il percorso di sorveglianza sanitaria per esposizione alle Sostanze Perfluoroalchiliche, sulla base dell'esperienza maturata nel primo periodo di implementazione, è stato modificato per poter rispondere al meglio alle esigenze informative dei soggetti invitati, in particolare rispetto all'esito degli esami effettuati.

L'attuale percorso previsto è il seguente:

1. Il soggetto viene invitato con lettera specifica (allegato B1 se soggetto maggiorenne, allegato B.2 se soggetto minorenni), inviata dalle segreterie dei programmi di screening.
2. In sede di primo appuntamento:
 - a. vengono fornite le informazioni del caso;
 - b. viene raccolto il consenso per la partecipazione alla sorveglianza sanitaria;
 - c. sono effettuati il prelievo per gli esami ematochimici e la raccolta del campione urine;
 - d. viene comunicato l'appuntamento successivo per il ritiro degli esami.
3. In sede di secondo appuntamento:
 - a. sono monitorati i parametri antropometrici (peso, altezza, pressione arteriosa e calcolo dell'indice BMI per gli adulti e l'indice di Cole per i bambini);
 - b. è somministrato il questionario di biomonitoraggio (allegato B.3);
 - c. sono consegnati i referti degli esami effettuati nel corso del primo appuntamento;
 - d. Nell'eventualità di PFAS elevati ed esami bioumorali alterati:
 - i. In caso di paziente adulto: vengono già fissati gli appuntamenti per le visite di secondo livello;
 - ii. In caso di paziente pediatrico: il paziente viene inviato al proprio Pediatra di famiglia. Nel caso siano presenti elementi a rischio per sovrappeso o obesità, il paziente viene anche indirizzato ad ambulatori nutrizionali e suggeriti percorsi di promozione dell'attività motoria.



Allegato B.1 Lettera di invito alla sorveglianza sanitaria per soggetto maggiorenne esposto a sostanze Perfluoroalchiliche

(sostituisce l'allegato 1 della DGR 2133 del 2016, all. A).

Sede _____, data _____

Gentile Signora/e,

a luglio 2013 uno studio scientifico nazionale ha evidenziato in alcune zone del Veneto, inclusa quella dove Lei risiede, una situazione di inquinamento ambientale, principalmente delle acque, legata alla presenza di una contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

La Regione del Veneto ha provveduto immediatamente alla messa in sicurezza dell'acqua potabile attraverso l'apposizione di filtri per ridurre l'esposizione a tali sostanze, garantendo la qualità e la potabilità dell'acqua in distribuzione.

Gli effetti delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) sulla salute umana sono poco conosciuti, ma si è visto che possono determinare delle alterazioni di tipo metabolico che possono, se associate a scorretti stili di vita, portare allo sviluppo di malattie croniche.

Pertanto la Regione del Veneto, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le tre Aziende Sanitarie Locali coinvolte (AULSS 6 Euganea, AULSS 8 Berica, AULSS 9 Scaligera), ha deciso di intraprendere una sorveglianza volta a valutare se l'esposizione umana a questi contaminanti ambientali possa costituire, per alcune patologie croniche, un fattore di rischio aggiuntivo rispetto a quelli già noti, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di patologie croniche. Questa sorveglianza offre a tutti i soggetti nati tra il 1951 e il 2002, residenti o domiciliati nelle aree di massima esposizione, l'opportunità di sottoporsi ad un programma di presa in carico sanitaria completamente gratuito. Anche altre fasce di età della popolazione pediatrica sono state incluse nel Piano di sorveglianza.

Il programma prevede: un prelievo di sangue per eseguire una serie di esami ematochimici (colesterolo, trigliceridi, HbA1c, creatinina, enzimi epatici, ormoni tiroidei, acido urico, dosaggio PFAS), un esame delle urine, la misurazione della pressione arteriosa ed un'intervista con un operatore sanitario per valutare lo stile di vita ed eventuali fattori di rischio presenti nell'ambiente di vita.

L'appuntamento a Lei riservato è previsto per il giorno alle ore

Presso

Per eseguire un prelievo di sangue ed effettuare un esame urine. L'esame è gratuito e non serve impegnativa. Non è necessario essere a digiuno. La provetta per la raccolta delle urine Le verrà consegnata al momento del prelievo.

Nell'occasione le sarà assegnato un **secondo appuntamento** per rispondere al questionario con un Assistente Sanitario/a, ed effettuare la misurazione della pressione arteriosa, del peso e dell'altezza.

Al termine dell'intervista le verrà stampato e consegnato il referto completo (esami ematochimici, risultato del questionario) con le relative indicazioni.

Ove necessario, le sarà dato un appuntamento per eventuali approfondimenti.

Il Suo medico di famiglia è stato informato dell'iniziativa e potrà darLe ulteriori delucidazioni.

L'adesione all'indagine è volontaria. Se ne ha bisogno, Le rilasceremo un certificato per giustificare l'assenza dal lavoro. I dati saranno utilizzati proteggendo la Sua riservatezza (D.Lgs n. 196/2003, Codice Privacy).

Per ulteriori informazioni, può chiamare **dal al dalle ore 10.00 alle 16.00** al seguente numero:..... del dell'Azienda ULSS

Il Responsabile del Centro
ULSS



Allegato B2. Lettera di invito alla sorveglianza sanitaria per soggetto minorenni esposto a sostanze Perfluoroalchiliche

(sostituisce l'allegato 2 della DGR 2133 del 2016, all. A).

Sede _____, data _____

Ai genitori di
Cognome Nome
Via Indirizzo n. Civ
CAP Comune (Prov)

Gentili Signori,

a luglio 2013 uno studio scientifico nazionale ha evidenziato in alcune zone del Veneto, inclusa quella dove Lei risiede, una situazione di inquinamento ambientale, principalmente delle acque, legata alla presenza di una contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

La Regione del Veneto ha provveduto immediatamente alla messa in sicurezza dell'acqua potabile attraverso l'apposizione di filtri per ridurre l'esposizione a tali sostanze, garantendo la qualità e la potabilità dell'acqua in distribuzione.

Gli effetti delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) sulla salute umana sono poco conosciuti, ma si è visto che possono determinare delle alterazioni di tipo metabolico che possono, se associate a scorretti stili di vita, portare allo sviluppo di malattie croniche.

Pertanto la Regione del Veneto, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le tre Aziende Sanitarie Locali coinvolte (AULSS 6 Euganea, AULSS 8 Berica, AULSS 9 Scaligera), ha deciso di intraprendere una sorveglianza volta a valutare se l'esposizione umana a questi contaminanti ambientali possa costituire, per alcune patologie croniche, un fattore di rischio aggiuntivo rispetto a quelli già noti, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di patologie croniche. Questa sorveglianza offre a tutti i soggetti nati tra il 1951 e il 2002, residenti o domiciliati nelle aree di massima esposizione, l'opportunità di sottoporsi ad un programma di presa in carico sanitaria completamente gratuito. Anche altre fasce di età della popolazione pediatrica sono state incluse nel Piano di sorveglianza.

Il programma prevede: un prelievo di sangue per eseguire una serie di esami ematochimici (colesterolo, trigliceridi, HbA1c, creatinina, enzimi epatici, ormoni tiroidei, acido urico, dosaggio PFAS), un esame delle urine, la misurazione della pressione arteriosa ed un'intervista con un operatore sanitario per valutare lo stile di vita ed eventuali fattori di rischio presenti nell'ambiente di vita.

Al momento del colloquio, prima del prelievo, Vi verranno fornite tutte le informazioni necessarie per decidere in modo consapevole se far partecipare Vostro figlio/a a quest'indagine.

Vi proponiamo un appuntamento il giorno.....alle ore.....presso.....

L'esame è gratuito e non serve impegnativa. Non è necessario essere a digiuno. La provetta per la raccolta delle urine Vi verrà consegnata al momento del prelievo.

È necessario che i minori siano accompagnati da chi esercita la potestà genitoriale.

Per spostare l'appuntamento o avere altre informazioni, chiamate dal _____ al _____ dalle ore ____ alle ____ al seguente numero telefonico del Centro _____ dell'Azienda ULSS _: __

Nell'occasione le sarà assegnato un **secondo appuntamento** per rispondere al questionario con un Assistente Sanitario/a, ed effettuare la misurazione della pressione arteriosa, del peso e dell'altezza.



Al termine dell'intervista le verrà stampato e consegnato il referto completo (esami ematochimici, risultato del questionario) con le relative indicazioni.

Ove necessario, le sarà dato un appuntamento per eventuali approfondimenti.

Il Suo medico di famiglia è stato informato dell' iniziativa e potrà darLe ulteriori delucidazioni.

L'adesione all'indagine è volontaria. Se ne ha bisogno, Le rilasceremo un certificato per giustificare l'assenza dal lavoro. I dati saranno utilizzati proteggendo la Sua riservatezza (D.Lgs n. 196/2003, Codice Privacy).

Per ulteriori informazioni, può chiamare dal al dalle ore 10.00 alle 16.00 al seguente numero:..... del dell'Azienda ULSS

Il Responsabile del Centro
ULSS



Allegato B3: Questionario Biomonitoraggio

(sostituisce l'allegato 5 della DGR 2133 del 2016, all. A).

1. Dati anagrafici e socio-demografici

- 1.1 Cognome _____ 1.2 Nome _____ 1.3 Sesso M/F
- 1.4 Data di nascita GG/MM/AAAA 1.5 Luogo di nascita _____
- 1.6 Tessera sanitaria _____ 1.7 C.F. _____ 1.8 Telefono _____
- 1.9 Comune _____ 1.10CAP _____ 1.11Via/Piazza _____ 1.12N° civico _____
- 1.13 Data invito GG/MM/AAAA 1.14Centrodi _____ 1.15Codice Soggetto _____
- 1.16 Titolo di studio *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*
Elementari Medie Superiori Università
- 1.17 Occupazione *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*
Casalinga
Pensionato
Studente
Disoccupato
Impiegato
Insegnante
Imprenditore
Dirigente
Libero professionista
Agricoltore/allevatore
Operaio → Specificare tipo di produzione *(testo libero)*
Altro → Specificare *(testo libero)*
- 1.18 Da quanti anni svolge la Sua attuale mansione lavorativa? *(numero intero)*

2. Storia residenziale

- 2.1 Ha sempre abitato nel suo attuale Comune? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*
Sì No

Se ha risposto Sì alla 2.1, passare alla domanda 3.1

- 2.2 Dove abitava in precedenza?*(menu a tendina con lista Province oppure "Stato estero"; menu a tendina con lista Comuni della Provincia, esposti/non esposti)*

Se il Comune indicato alla 2.2 è Non esposto, passare alla domanda 3.1



2.3 Anno inizio residenza/domicilio (numero intero)

2.4 Anno termine residenza/domicilio (numero intero)

2.5 In precedenza, ha abitato da qualche altra parte? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

Sì No

Se ha risposto No alla 2.1, passare alla domanda 3.1

2.6 Dove abitava in precedenza?(menu a tendina con lista Province oppure “Stato estero”; menu a tendina con lista Comuni della Provincia, esposti/non esposti)

Se il Comune indicato alla 2.6 è Non esposto, passare alla domanda 3.1

2.7 Anno inizio residenza/domicilio (numero intero)

2.8 Anno termine residenza/domicilio (numero intero)

3. Produzione di alimenti per uso personale

3.1 Coltiva un orto o un frutteto per uso alimentare personale? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

Sì No

3.2 Se ha risposto Sì alla 3.1, che tipo di prodotti coltiva?(scelta multipla – più opzioni possibili)

Frutta Ortaggi Radici e tuberi Seminativo

3.3 Se ha risposto Sì alla 3.1, da quale fonte ricava l'acqua per irrigare?(scelta multipla – più opzioni possibili)

Acquedotto Pozzo privato Sorgente Corsi d'acqua o bacini superficiali

3.4 Alleva animali per uso alimentare personale? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

Sì No

3.5 Se ha risposto Sì alla 3.4, che tipo di alimenti ottiene dai Suoi animali? (scelta multipla – più opzioni possibili)

Carne Pesce Uova Latte e derivati

3.6 Se ha risposto Sì alla 3.4, da quale fonte ricava l'acqua per abbeverare i Suoi animali? (scelta multipla – più opzioni possibili)

Acquedotto Pozzo privato Sorgente Corsi d'acqua o bacini superficiali

4. Anamnesi familiare

4.1 Quali problemi di salute vi sono tra i Suoi familiari di primo grado (genitori, figli, fratelli)?

(scelta multipla – più opzioni possibili)

- Nulla di rilevante
- Ipertensione arteriosa
- Ipercolesterolemia
- Diabete mellito
- Infarto o ictus sotto i 60 anni



- Neoplasie → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Altro → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)

5. Anamnesi patologica

5.1 Di quali patologie soffre o ha sofferto in passato? (scelta multipla – più opzioni possibili)

- Nessuna
 Ipertensione arteriosa
 Ipercolesterolemia
 Ipertrigliceridemia
 Diabete mellito
 Infarto miocardico/Angina pectoris
 Ictus/TIA
 Arteriopatia ostruttiva periferica (es. arti inferiori, carotidi, arterie addominali)
 Procedure di rivascularizzazione (bypass, angioplastica)
 Insufficienza renale cronica
 Altre patologie renali → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie respiratorie → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Neoplasie → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie della tiroide → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie reumatiche/autoimmuni → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie allergiche → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie gastroenteriche → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie epatiche → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie neurologiche → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie psichiche → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie dell'apparato riproduttivo → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Patologie della gravidanza → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)
 Altro → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (testo libero)

6. Anamnesi farmacologica

6.1 Assume regolarmente farmaci (inclusi ormoni femminili)? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Sì No

6.2 Se Sì, quali categorie di farmaci assume? (scelta multipla – più opzioni possibili)

- Anti-ipertensivi
 Diuretici
 Statine
 Fibrati
 Ipoglicemizzanti



- Ipouricemizzanti
- Antiarritmici
- Antiaggreganti
- Anticoagulanti
- Broncodilatatori
- Antinfiammatori non steroidei
- Corticosteroidi
- Ormoni tiroidei
- Tireostatici
- Contraccettivi orali o terapia ormonale sostitutiva
- Antidepressivi
- Ansiolitici
- Antipsicotici o stabilizzatori dell'umore
- Antiepilettici
- Antiparkinsoniani
- Immunosoppressori o immunomodulanti
- Antineoplastici
- Antivirali
- Altro → Specificare (*testo libero*)

7. Fumo

7.1 Ha mai fumato?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Sì No

7.2 Se ha risposto Sì alla 7.1, quante sigarette fuma o fumava al giorno? (*numero intero*)

7.3 Se ha risposto Sì alla 7.1, ha smesso di fumare da almeno 6 mesi?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Sì No

7.4 Se ha risposto Sì alla 7.3, da quanti anni ha smesso di fumare (minimo 0,5 anni)? (*numero con una cifra decimale*)

8. Attività fisica

8.1 Svolge regolarmente attività fisica di intensità almeno moderata?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Sì No

→se alla 8.1 contrassegnata opzione "No" il software classifica il soggetto nella categoria ATTIVITÀ LIEVE

8.2 Se Sì, quali attività svolge? (*scelta multipla – più opzioni possibili*)

Il software considera le seguenti attività di intensità moderata (coefficiente di intensità=4.0)

- Attività lavorativa moderata (richiede di camminare a lungo o movimentare carichi)
- Attività domestica moderata (es. pulire i vetri o i pavimenti)
- Giardinaggio moderato (es. usare il tosa-erba a motore, rastrellare il prato, potare arbusti)
- Ballo
- Bicicletta in piano ad andatura sostenuta (8-15 km/h) o in leggera salita



- Cammino in piano a passo sostenuto (almeno 6 km/h) o in leggera salita
- Uso scale per almeno 10 minuti consecutivi
- Ginnastica a ritmo moderato, yoga
- Acquagym
- Nuoto a ritmo moderato
- Sci a ritmo moderato
- Altra attività moderata → Specificare (*testo libero*)

Il software considera le seguenti attività di intensità vigorosa (coefficiente di intensità=8.0)

- Attività lavorativa pesante (es. spalare, movimentare carichi pesanti)
- Attività domestica pesante (es. spostare mobili)
- Giardinaggio pesante (es. tagliare l'erba a mano, spaccare la legna)
- Bicicletta in piano ad andatura molto sostenuta (>15 km/h) o mountain bike
- Trekking
- Corsa
- Ginnastica a ritmo sostenuto
- Sollevamento pesi
- Nuoto a ritmo sostenuto
- Sci a ritmo sostenuto
- Sport vigorosi (es. tennis, calcio, pallacanestro, pallavolo)
- Altra attività vigorosa → Specificare (*testo libero*)

→ per ogni opzione contrassegnata alla 8.2, il software richiede:

Numero di sedute settimanali(numero intero)

Durata di ogni seduta in minuti(numero intero)

TOTALE MET

9. Alimenti e bevande

9.1 Con quale frequenza mangia FRUTTA E VERDURA?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera → se contrassegnata questa opzione → N° porzioni (numero intero)
- Settimanale → se contrassegnata questa opzione → N° porzioni (numero intero)
- Mensile → se contrassegnata questa opzione → N° porzioni (numero intero)

9.2 Con quale frequenza mangia LATTE E YOGURT?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera → se contrassegnata questa opzione → N° porzioni (numero intero)
- Settimanale → se contrassegnata questa opzione → N° porzioni (numero intero)
- Mensile → se contrassegnata questa opzione → N° porzioni (numero intero)

9.3 Con quale frequenza mangia FORMAGGIO?(scelta multipla – una sola opzione possibile)



- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)

9.4 Con quale frequenza mangia CARNE E DERIVATI (inclusi gli insaccati)?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)

9.5 Con quale frequenza mangia PESCE, CROSTACEI E MOLLUSCHI?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)

9.6 Con quale frequenza mangia UOVA?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)

9.7 Con quale frequenza mangia PANE, PASTA, RISO E ALTRI CEREALI?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)

9.8 Con quale frequenza assume DOLCIUMI, SNACK E BEVANDE ZUCCHERATE?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° porzioni (numero intero)

9.9 Con quale frequenza assume VINO?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° Unità Alcoliche (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° Unità Alcoliche (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° Unità Alcoliche (numero intero)

9.10 Con quale frequenza assume ALTRE BEVANDE ALCOLICHE?(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Giornaliera →se contrassegnata questa opzione→ N° Unità Alcoliche (numero intero)
 Settimanale →se contrassegnata questa opzione→ N° Unità Alcoliche (numero intero)
 Mensile →se contrassegnata questa opzione→ N° Unità Alcoliche (numero intero)

9.11 Come valuta il Suo consumo di sale? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Basso Medio Elevato

9.12 Quando mangia fuori casa, aggiunge sale ai cibi già conditi? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Sì No



10. Acqua

10.1 Che tipo di acqua usa per bere? (scelta multipla – più opzioni possibili)

- Acqua da acquedotto
- Acqua da pozzo privato
- Acqua in bottiglia
- Altro → se contrassegnata questa opzione → Specificare (testo libero)

→ per ogni opzione contrassegnata alla 10.1 il software richiede:

Quantità consumata (Litri/die) (numero con una cifra decimale)

10.2 Che tipo di acqua usa per cucinare? (scelta multipla – più opzioni possibili)

- Acqua da acquedotto
- Acqua da pozzo privato
- Acqua in bottiglia
- Altro → Specificare (testo libero)

10.3 Che tipo di acqua usa per lavare gli alimenti? (scelta multipla – più opzioni possibili)

- Acqua da acquedotto
- Acqua da pozzo privato
- Acqua in bottiglia
- Altro → Specificare (testo libero)

11. Funzione riproduttiva

Per persone di GENERE FEMMINILE il software richiede:

11.1 Ha avuto gravidanze? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

- Sì No

Se ha risposto No alla 11.1, passare direttamente alla domanda 11.10

11.2 Quante gravidanze ha avuto? (numero intero)

11.3 Quanti parti ha avuto? (numero intero)

11.4 Quanti figli nati morti ha avuto? (numero intero)

11.5 Quanti figli morti entro 24 ore dal parto ha avuto? (numero intero)

11.6 Quanti figli nati pretermine ha avuto? (numero intero)

11.7 Quanti figli con malformazioni ha avuto? (numero intero)

11.8 Quanti figli vivi ha attualmente? (numero intero)

11.9 Attualmente sta allattando al seno? (scelta multipla – una sola opzione possibile)



Sì No

11.10 Attualmente è in gravidanza?*(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì No

Se ha risposto No alla 11.10, passare direttamente alla domanda 11.14

11.11 A quale settimana di gestazione si trova? *(numero intero)*

11.12 Com'è il decorso della gravidanza?*(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Fisiologico Patologico

11.13 Se il decorso della gravidanza è patologico, specificare il tipo di condizione morbosa*(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) minacce di aborto | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| b) minacce di parto prematuro | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| c) malattie infettive | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| d) infezioni del tratto genito-urinario | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| e) diabete | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| f) gestosi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| g) altro | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

11.14 Sta cercando di avere figli?*(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì No

11.15 Se ha risposto Sì alla 11.14, da quanti mesi sta cercando di averne?*(numero intero)*

11.16 Ha mai fatto ricorso a tecniche di fecondazione assistita?*(numero intero)*

Sì No

11.17 I cicli mestruali sono regolari?*(numero intero)*

Sì No

Per persone di GENERE MASCHILE il software richiede:

11.1 Ha oppure ha avuto problemi di infertilità?*(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì No

11.2 Quanti figli ha avuto? *(numero intero)*

12. Parametri antropometrici

12.1 Peso riferito (in kg) *(numero intero)*

12.2 Statura riferita (in cm) *(numero intero)*

12.3 BMI *(parametro calcolato automaticamente dal software)*

12.4 Pressione arteriosa sistolica (PAS) – I misurazione (mmHg) *(numero intero)*

12.5 Pressione arteriosa diastolica (PAD) – I misurazione (mmHg) *(numero intero)*



Se PAS >139 mmHg e/o PAD >89 mmHg, eseguire una seconda misurazione pressoria:

12.6 Pressione arteriosa sistolica (PAS) – II misurazione (mmHg) (numero intero)

12.7 Pressione arteriosa diastolica (PAD) - II misurazione (mmHg) (numero intero)

