



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 1/14

**Questionario per la sorveglianza sanitaria dei Lavoratori ed ex-Lavoratori della Ditta  
RIMAR/MITENI****1. Dati anagrafici e socio-demografici**

*I dati da 1.1 a 1.15 devono essere inseriti in automatico dal software ma consentire eventuali modifiche da parte dell'operatore. L'indirizzo deve essere georeferenziabile.*

1.1 Cognome PROVA      1.2 Nome PROVA      1.3 Sesso     M     F

1.4 Data di nascita GG/MM/AAAA      1.5 Luogo di nascita PROVA

1.6 Tessera sanitaria 111111111    1.7 C.F. PRVPRVXXXXXXXXXXXX    1.8 Telefono  
111/1111111

1.9 Comune PROVA    1.10 CAP XXXXX    1.11 Via/Piazza PROVA    1.12 N° civico XX

1.13 Data invito GG/MM/AAAA    1.14 Centro di XXXX    1.15 Codice Soggetto XXXXXX

1.16 Titolo di studio (*scelta multipla – una sola opzione possibile*) Elementari     Medie     Superiori     Università**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 (*valore numerico intero*)2.4 Anno termine residenza/domicilio (*valore numerico 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*)



**ALLEGATO B Dgr n.**

**del**

pag. 2/14

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

**2.7 Anno inizio residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)

**2.8 Anno termine residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)

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

Sì    No

**Se ha risposto No alla 2.9 passare alla domanda 3.1**

**2.10 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 2.10 è Non esposto, passare alla domanda 3.1**

**2.11 Anno inizio residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)

**2.12 Anno termine residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)

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

Sì    No

**Se ha risposto No alla 2.13, passare alla domanda 3.1**

**2.14 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 2.14 è Non esposto, passare alla domanda 3.1**

**2.15 Anno inizio residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)

**2.16 Anno termine residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)

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

Sì    No

**Se ha risposto No alla 2.17, passare alla domanda 3.1**

**2.18 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 2.18 è Non esposto, passare alla domanda 3.1**

**2.19 Anno inizio residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)

**2.20 Anno termine residenza/domicilio** (*valore numerico intero*)



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 3/14

**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



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 4/14

- 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



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 5/14

- Ipoglicemizzanti
- Ipouricemizzanti
- Antiaritmici
- 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, a che età ha iniziato a fumare?** (*valore numerico intero*)

**7.3 Se ha risposto Sì alla 7.1, quante sigarette fuma o fumava al giorno?** (*valore numerico intero*)

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

- Sì    No

**7.5 Se ha risposto Sì alla 7.4, da quanti anni ha smesso di fumare (minimo 0,5 anni)?** (*valore numerico 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:



**ALLEGATO B Dgr n.**

**del**

pag. 7/14

**Numero di sedute settimanali** *(valore numerico intero)*

**Durata di ogni seduta in minuti** *(valore numerico intero)*

## 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 *(valore numerico intero)*
- Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*

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

- Giornaliera → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*

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

- Giornaliera → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico 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 *(valore numerico intero)*
- Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*

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

- Giornaliera → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*

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

- Giornaliera → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*
- Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni *(valore numerico intero)*



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 8/14

Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni (valore numerico 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 (valore numerico intero)

Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni (valore numerico intero)

Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni (valore numerico 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 (valore numerico intero)

Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni (valore numerico intero)

Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° porzioni (valore numerico intero)

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

Giornaliera → *se contrassegnata questa opzione* → N° Unità Alcoliche (valore numerico intero)

Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° Unità Alcoliche (valore numerico intero)

Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° Unità Alcoliche (valore numerico intero)

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

Giornaliera → *se contrassegnata questa opzione* → N° Unità Alcoliche (valore numerico intero)

Settimanale → *se contrassegnata questa opzione* → N° Unità Alcoliche (valore numerico intero)

Mensile → *se contrassegnata questa opzione* → N° Unità Alcoliche (valore numerico 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





**ALLEGATO B Dgr n.**

**del**

pag. 9/14

- 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)** (valore numerico 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?** (valore numerico intero)

**11.3 Quanti parti ha avuto?** (valore numerico intero)

**11.4 Quanti figli nati morti ha avuto?** (valore numerico intero)

**11.5 Quanti figli morti entro 24 ore dal parto ha avuto?** (valore numerico intero)

**11.6 Quanti figli nati pretermine ha avuto?** (valore numerico intero)

**11.7 Quanti figli con malformazioni ha avuto?** (valore numerico intero)

**11.8 Quanti figli vivi ha attualmente?** (valore numerico intero)

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



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 10/14

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?** (*valore numerico 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?** (*valore numerico intero*)

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

Sì       No

**11.17 Se ha risposto Sì alla 11.16, a quali tecniche di fecondazione assistita ha fatto ricorso?**  
(*scelta multipla – più opzioni possibili*)

- trattamento farmacologico per l'induzione dell'ovulazione
- IUI (inseminazione intrauterina)
- GIFT (trasferimento di gameti nelle tube di Falloppio)
- FIVET (fecondazione in vitro e trasferimento di embrioni nell'utero)
- ICSI (fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita)
- altre tecniche → *se contrassegnata questa opzione* → Specificare (*testo libero*)



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 11/14

*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?** *(valore numerico intero)***12. Altro****12.1 È donatore di sangue?** *(scelta multipla – una sola opzione possibile)* Sì       No**13. Parametri antropometrici****13.1 Peso riferito (in kg)** *(valore numerico intero)***13.2 Statura riferita (in cm)** *(valore numerico intero)***13.3 BMI** *(parametro calcolato automaticamente dal software)***13.4 Da quante ore è a digiuno?** *(valore numerico intero)***13.5 Pressione arteriosa sistolica (PAS) – I misurazione (mmHg)** *(valore numerico intero)***13.6 Pressione arteriosa diastolica (PAD) – I misurazione (mmHg)** *(valore numerico intero)*

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

**13.7 Pressione arteriosa sistolica (PAS) – II misurazione (mmHg)** *(valore numerico intero)***13.8 Pressione arteriosa diastolica (PAD) - II misurazione (mmHg)** *(valore numerico intero)***14. Esposizione professionale****14.1 Storia lavorativa**

	Azienda	Reparto/Mansione	in appalto presso RIMAR/MITENI	Presenza di PFAS nel ciclo lavorativo	anno inizio	anno fine
1						
2						



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 12/14

3						
4						
5						

#### 14.2 Storia lavorativa in RIMAR/MITENI (scelta multipla – più opzioni possibili)

Mansione	anno inizio	anno fine	part- time	Dispositivi di Protezione Individuale
<input type="checkbox"/> Operatore chimico (impianto perfluorati)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Operatore chimico (impianto fluoraromatici)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Operatore chimico (impianto benzotrifluoruri)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Operatore chimico (impianto pilota)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Operatore chimico (impianto pilota)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Tecnico di turno			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta



**ALLEGATO B Dgr n.**

**del**

pag. 13/14

				<input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Manutentore			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Magazziniere			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Impiegato			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Mascherina protettiva <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tuta <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Altro

**14.3 Nel periodo di lavoro presso RIMAR/MITENI vi sono stati episodi che hanno comportato un'esposizione anomala?**

Sì     No     Non so

**14.4 Se ha risposto Sì alla domanda 14.3, a che cosa è stato esposto?**

Gas     Vapori     Fiamme     Polveri     Liquidi

**14.5 Se ha risposto Sì alla domanda 14.3, in che anno/anni? (testo libero)**

**14.6 Se ha risposto Sì alla domanda 14.3, in seguito all'esposizione anomala è stato sottoposto ad accertamenti?**

Sì     No     Non so

**14.7 Se ha risposto Sì alla domanda 14.6, a che tipo di accertamenti è stato sottoposto? (scelta multipla – più opzioni possibili)**

Visita medica     Accertamenti di laboratorio     Accertamenti strumentali     Ricovero



**ALLEGATO B Dgr n.**

**del**

pag. 14/14

**14.8 Se ha risposto Sì alla domanda 14.6, da parte di chi è stato seguito? (scelta multipla – più opzioni possibili)**

Medico d'azienda    Medico di famiglia    Medico Ospedaliero    Altro

**14.9 Consuma/consumava abitualmente il pasto all'interno dell'ambiente di lavoro?**

Sì    No

**14.10 Porta/portava a casa abitualmente gli indumenti di lavoro sporchi?**

Sì    No

**15. Attendibilità delle risposte (parte riservata all'intervistatore)**

**15.1 Completezza delle informazioni**

Scarsa    Parziale    Sufficiente    Buona

**15.2 Atteggiamento nei confronti dell'intervista**

Negativo    Con qualche riserva    Favorevole