

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 sì 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 |__|__|__|