

Table of Contents

AMMINISTRAZIONE.....	4
PERSONA - NASCITA	5
PERSONA - FAMIGLIA	5
PERSONA - EDUCAZIONE	6
OCCUPAZIONE - ATTIVITÀ	7
OCCUPAZIONE - ATTIVITÀ ATTUALE	7
OCCUPAZIONE - EX ATTIVITÀ.....	8
RESIDENZA	11
ESPOSIZIONE - GIARDINO	12
ESPOSIZIONE - CASA	12
ESPOSIZIONE - LAVORO/TEMPO LIBERO.....	13
SVILUPPO - PESO ALLA NASCITA	14
SVILUPPO - DURATA DELLA GRAVIDANZA	14
SVILUPPO - NASCITA.....	15
DONNE - MENARCA	16
DONNE - CONTRACCETTIVI	16
DONNE - GRAVIDANZA	16
DONNE - MESTRUAZIONI.....	17
NUTRITION (DAIMON).....	19
ALCOHOL (DAIMON).....	23
ALCOOL	26
FUMO - INIZIO	28
FUMO - ATTUALMENTE	28
FUMO - PRECEDENTEMENTE	28
FUMO PASSIVO - IN GENERALE.....	30
FUMO PASSIVO - NEI DETTAGLI	30
MALATTIE CRONICHE - FEGATO	31
MALATTIE CRONICHE - GOTTA.....	31
MALATTIE CRONICHE - OSTEOPOROSI	31
MALATTIE CRONICHE - VASCULITE	31
CANCRO	33
DIABETE.....	34
MALATTIE RENALI.....	35
RENI - INSUFFICIENZA RENALE	36
RENI - INTERVENTO	37
IPERTENSIONE	38
IPERTENSIONE - FARMACI	38
COLESTEROLO.....	38

TIROIDE - MALATTIE	40
TIROIDE - INTERVENTO	41
TIROIDE - TERAPIA.....	41
TIROIDE - FAMILIARITÀ.....	41
INFARTO MIOCARDICO - ANGINA PECTORIS.....	43
INFARTO MIOCARDICO - ANGINA PECTORIS (REVISED)	44
INFARTO MIOCARDICO - MALATTIA ALLE CORONARIE	45
INFARTO MIOCARDICO.....	45
INFARTO MIOCARDICO - INTERVENTO	46
INSUFFICIENZA CARDIACA - SINTOMI	47
INSUFFICIENZA CARDIACA - MALATTIE	47
INSUFFICIENZA CARDIACA - ELETTROCARDIOGRAMMA	48
INSUFFICIENZA CARDIACA	48
FIBRILLAZIONE ATRIALE - MALATTIE	49
FIBRILLAZIONE ATRIALE - SINTOMI	49
FIBRILLAZIONE ATRIALE - CRONICA	49
FIBRILLAZIONE ATRIALE - ARITMIA CARDIACA.....	50
FIBRILLAZIONE ATRIALE - CURE	50
MALATTIE AL CUORE - ALTRE.....	52
COAGULI - ARTERIE.....	53
COAGULI - VENE	53
ICTUS - TIA.....	55
ICTUS.....	55
ICTUS - SINTOMI1	55
ICTUS - SINTOMI2	56
NEUROLOGIA - EPILESSIA	57
NEUROLOGIA - TREMORI.....	57
NEUROLOGIA - PARKINSON.....	58
NEUROLOGIA - PERDITA DI MEMORIA.....	58
NEUROLOGIA - SCLEROSI MULTIPLA.....	59
NEUROLOGIA - KTS	59
NEUROLOGIA - ALTRO	59
EMICRANIA.....	61
EMICRANIA - CARATTERISTICHE	61
EMICRANIA - INTENSITÀ	62
DOLORI - MAL DI SCHIENA.....	63
DOLORI - ARTICOLAZIONI	63
DOLORI - ALTRO	64
DOLORI - DOLORE PRINCIPALE	64
ALTRO - INCIDENTI	65
ALTRO - MALATTIE	66
ALTRO - INTERVENTI.....	69

ALGOMETRO	70
COGNIZIONE – ORIENTAMENTO	71
COGNIZIONE – MEMORIA.....	71
COGNIZIONE – LINGUAGGIO	72
TEST OLFATTIVO – GENERALE	74
TEST OLFATTIVO – DETTAGLI	74
TEST OLFATTIVO – TEST1	75
TEST OLFATTIVO – TEST2	76
FAMIGLIA	77

Version in use since 2013-11-21

Version used until - - -

LAST CHANGES:

Until 2014-05-16 the Nutrition + Alcohol module (DAIMON) was still in use;

since 2014-05-19 the reduced Alcohol module (“Alcool”) in LimeSurvey is applied. Nutrition is assessed by a paper-based self-administrated FFQ since 2014-05-05.

2014-09-01: Introduction of MMSE + Sniffin’Sticks

2014-09-01: Revision of the logic in “Angina pectoris” module

2015-04-16: x0_opint and x0_opint2 (add new study assistant “SaS”); x0bl12 and x0th12b (correct typos German)

Amministrazione

	<i>Buon giorno e grazie per aver deciso di partecipare. Le seguenti domande si riferiscono alla sua persona. Nel corso dell'intervista ci saranno delle domande con più possibili risposte, che saranno a sua disposizione in versione cartacea.</i>			
	<p><i>Innanzitutto, consente la registrazione dell'intervista? Questo è importante per garantire la qualità.</i></p> <p>INT: Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen.</p> <p>Starten Sie die Aufnahme.</p>			
x0_opint	INT: Bitte geben Sie ihren Namen an.	<div style="text-align: center;">x0_opint</div> <div style="text-align: center;">x0_opinta</div>	<input type="checkbox"/> ByK <input type="checkbox"/> GrB <input type="checkbox"/> GuR <input type="checkbox"/> LiB <input type="checkbox"/> MoL <input type="checkbox"/> ObT <input type="checkbox"/> PaL <input type="checkbox"/> TeR <input type="checkbox"/> SaS <div style="text-align: right;">Sonstiges _____</div>	

Persona - Nascita

x0_sex	(Sesso) INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Maschile <input type="checkbox"/> 2 Femminile																					
x0_birthd	Quando è nato/a? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	x0_birthd	<table border="1"> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td>.</td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td>.</td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> <td></td> <td>M</td> <td>M</td> <td></td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> </table>	_	_	.	_	_	.	_	_	_	_	D	D		M	M		Y	Y	Y	Y	
_	_	.	_	_	.	_	_	_	_															
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y															
x0pe05	Dove abitava la sua famiglia quando è nato/a? INT: Wo sind Sie aufgewachsen?	x0pe05a x0pe05b x0pe05c	Comune _____ Provincia _____ Stato _____																					

Persona - Famiglia

x0pe02	<p>Quanti fratelli e quante sorelle ha o ha avuto (inclusi i possibili fratelli o sorelle deceduti/e), lei stesso escluso?</p> <p>INT: Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.</p>	<p>x0pe02a</p> <p>x0pe02b</p>	<p>Numero dei fratelli</p> <p>Numero delle sorelle</p>	<p>if x0pe02= 0 x0pe06</p>
	<p>Quanti fratelli sono ancora in vita?</p> <p>Quante sorelle sono ancora in vita?</p>	<p>x0pe02c</p> <p>x0pe02d</p>		
x0pe04	Lei è gemello o parte di un parto gemellare?	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0pe06	Si riferisca alla lista 1: Qual è il suo stato civile?	x0pe06	<input type="checkbox"/> 1 Sposato/Convivenza/Partner <input type="checkbox"/> 2 Separato/Divorziato <input type="checkbox"/> 4 Vedovo/a <input type="checkbox"/> 5 Single/mai sposato <input type="checkbox"/> 6 Preferisco non rispondere	
x0pe11	<p>Quanti figli e quante figlie ha?</p> <p>INT: Gemeint sind nur lebende Kinder.</p>	<p>x0pe11a</p> <p>x0pe11b</p>	<p>Quanti figli maschi?</p> <p>Quante figlie femmine?</p>	

Persona - Educazione

x0pe08	Si riferisca alla lista 2: Qual è il suo più alto titolo di studio conseguito?	x0pe08	<input type="checkbox"/> 1 Nessun titolo <input type="checkbox"/> 2 Scuola primaria (elementari) <input type="checkbox"/> 3 Scuola secondaria di primo grado (medie) <input type="checkbox"/> 4 Istituto professionale <input type="checkbox"/> 5 Liceo/istituto tecnico (diploma di maturità) <input type="checkbox"/> 6 Diploma di laurea o superiore	
x0pe09	Complessivamente per quanti anni ha frequentato la scuola (dalla prima classe elementare)? INT: Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium. Es zählen nur vollendete Jahre.	x0pe09	<div style="text-align: right;"> _ _ </div>	

Occupazione - Attività

<i>Le prossime domande si riferiscono al Suo lavoro.</i>				
x0oc00	Si riferisca alla lista 3: Lei attualmente ha un impiego?	x0oc00	<input type="checkbox"/> 1 Sì, a tempo pieno <input type="checkbox"/> 2 Sì, regolarmente a tempo parziale	x0oc01
			<input type="checkbox"/> 3 Sì, irregolarmente o occasionalmente <input type="checkbox"/> 4 No	
	Qual è l'indirizzo del suo attuale posto di lavoro?		Via/Piazza e numero civico: _____ CAP: _____ Comune ed eventuale frazione _____ Provincia _____ Stato _____	x0oc13

Occupazione - Attività attuale

x0oc01	In passato ha svolto una professione?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	if age <= 75 x0oc10 if age > 75 x0oc13
x0oc01a	Fino a quale anno ha avuto regolarmente un impiego?	x0oc01a	Anno <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		if age > 75 x0oc13
x0oc10	Si riferisca alla lista 4: Lei attualmente è ...?		<input type="checkbox"/> 1 Disoccupato/a		
		x0oc10	<input type="checkbox"/> 2 Casalingo/a <input type="checkbox"/> 3 Studente <input type="checkbox"/> 5 In formazione o riqualificazione professionale <input type="checkbox"/> 6 Congedo di maternità/paternità o altro congedo <input type="checkbox"/> 4 Pensionato/a <input type="checkbox"/> 7 Tirocinio, volontariato		if x0oc01= 1 x0oc13 if x0oc01= 2 x0rh01
x0oc11	Da quando lei è disoccupato/a senza interruzioni?	x0oc11a, x0oc11b	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin-top: 5px;"> Mese Anno </div>		
x0oc13	Percepisce o in passato ha percepito una pensione per ridotta capacità al lavoro? (p.es. pensione di invalidità o pensione per infortunio)	x0oc13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc02 if x0oc01 = 2 x0rh01

x0oc13	Quando ha percepito questa pensione?	x0oc13a	Da (anno) _ _ _ _	if x0oc01= 2 x0rh01
		x0oc13b	A (anno) _ _ _ _	
	O fino ad ora INT: Falls die Rente immer noch bezogen wird, muss das Feld "oder bis jetzt" mit "Ja" beantwortet werden. Ansonsten Feld leer lassen.	x0oc13c	<input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	

Occupazione - Ex attività

x0oc02	Si riferisca alla lista 5: Quale professione/attività ha svolto per almeno 1 anno? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Wenn mehr als 6 Berufe, nur jene berücksichtigen, die am längsten ausgeübt wurden.	x0oc02a	<input type="checkbox"/> 1 Agricoltore/contadino <input type="checkbox"/> 2 Ufficio/segretaria <input type="checkbox"/> 3 Elettricista <input type="checkbox"/> 4 Piastrellista/muratore/carpentiere <input type="checkbox"/> 5 Hotel/industria alberghiera <input type="checkbox"/> 6 Cameriere/barista/cuoco <input type="checkbox"/> 7 Infermiere/medico <input type="checkbox"/> 8 Insegnante <input type="checkbox"/> 9 Meccanico <input type="checkbox"/> 10 Falegname		
		x0oc02b	Altro _____		
	Da quando (anno) ha svolto questa attività? Fino a quando (anno) ha svolto questa attività? Fino ad ora INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc02c	Da (anno) _ _ _ _		
		x0oc02d	A (anno) _ _ _ _		
			<input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}		
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc03	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	x0oc03a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (vedi sopra)		
		x0oc03b	Altro _____		

Residenza

Finora dove ha vissuto per almeno 1 anno? (Luogo)

INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.

(x0rh01a / x0rh02a / x0rh03a / x0rh04a / x0rh05a / x0rh06a / x0rh07a / x0rh08a / x0rh09a / x0rh10a)

Da (anno)

(x0rh01b / x0rh02b / x0rh03b / x0rh04b / x0rh05b / x0rh06b / x0rh07b / x0rh08b / x0rh09b / x0rh10b)

A (anno)

(x0rh01c / x0rh02c / x0rh03c / x0rh04c / x0rh05c / x0rh06c / x0rh07c / x0rh08c / x0rh09c / x0rh10c)

Ha vissuto in un altro luogo per almeno 1 anno?

(x0rh02 / x0rh03 / x0rh04 / x0rh05 / x0rh06 / x0rh07 / x0rh08 / x0rh09 / x0rh10)

Dove? (Luogo)

Da (anno)

A (anno) / fino ad ora

Altro luogo?

Sì

No

x0rh01

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh02

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh03

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh04

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh05

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh06

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh07

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh08

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh09

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

☐1 ☐2 ➡

x0rh10

|_|_|_|_|

|_|_|_|_| ☐1

end

Esposizione - Giardino

	<i>Le prossime domande riguardano l'esposizione a fattori di rischio ambientale.</i>				
x0ex10	Lei coltiva la terra (fa lavori di giardiaggio, anche in un orticello)?	x0ex10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex12
x0ex11	Utilizza pesticidi (insetticida, erbicida, fungicida)?	x0ex11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex12
x0ex11a	Si riferisca alla lista 7: Quante volte fa uso di tali sostanze?	x0ex11a	<input type="checkbox"/> 1 1 volta alla settimana e più <input type="checkbox"/> 2 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 3 Più di rado		

Esposizione - Casa

x0ex12	Nel suo appartamento/nella sua casa fa o ha fatto uso di sostanze chimiche per la lotta contro insetti o parassiti (p.es. repellente, elettroemanatore/ fornellini a piastrine)?	x0ex12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex13
x0ex12a	Si riferisca alla lista 7: Quante volte fa uso di tali sostanze?	x0ex12a	<input type="checkbox"/> 1 1 volta alla settimana e più <input type="checkbox"/> 2 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 3 Più di rado		
x0ex13	Nel suo appartamento/nella sua casa fa o ha fatto uso di preservanti del legno? INT: Gemeint sind Holzimprägnierungsmittel, Lack, Holzkittlösungen	x0ex13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex21
x0ex13a	Si riferisca alla lista 8: Quante volte fa uso di tali sostanze?		<input type="checkbox"/> 1 Più di 1 volta all'anno <input type="checkbox"/> 2 Circa 1 volta all'anno <input type="checkbox"/> 3 Meno di 1 volta all'anno		

Esposizione - Lavoro/tempo libero

x0ex21	Durante il suo lavoro o i suoi hobbies, è stato esposto FREQUENTEMENTE alle seguenti sostanze?		Sì	No	
		x0ex21	Detergente, disinfettante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex22	Gas di scarico di motori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex23	Polvere di legno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex24	Polvere di grano	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex25	Lana di roccia o lana di vetro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex26	Asbesto o amianto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex27	Metalli (Nickel, cromo, ferro, acciaio)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex28	Metalli pesanti (piombo, cadmio, mercurio) o arsenico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex29	Solventi (p.es. PER, TRI) o colori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex30	Prodotti del petrolio (benzina, diesel, catrame)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex31	Onde (raggi X, microonda, materiale radioattivo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex32	Pesticidi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
x0ex20	Sul posto di lavoro è esposto/a a forti rumori?	x0ex20	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	

Sviluppo - Peso alla nascita

Le prossime domande si riferiscono alla sua nascita e sviluppo.			
x0bi01a	Conosce il Suo peso alla nascita esatto?	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Esattamente <input type="checkbox"/> 2 Circa
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so
	Qual era il suo peso alla nascita? INT: Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt bei einer Schwangerschaft mit normaler Dauer oberhalb von 3000g. Frühgeborene liegen etwa bei 1500-2000g. Weniger als 500g entsprechen einem extrem geringen Geburtsgewicht mit geringen Überlebenschancen.	x0bi01	_ _ _ _ In grammi

Sviluppo - Durata della gravidanza

x0bi03	Lei è nato pre- o postmaturo? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi03	<input type="checkbox"/> 1 Prematuro
			<input type="checkbox"/> 2 Normale
			<input type="checkbox"/> 3 Postmaturo <input type="checkbox"/> 4 Non lo so
x0bi02a	Sa esattamente in quale settimana di gravidanza si trovava Sua madre al momento della nascita?	x0bi02a	<input type="checkbox"/> 1 Esattamente <input type="checkbox"/> 2 Circa
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so
	In quale settimana di gravidanza si trovava sua madre al momento della nascita? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02	

Sviluppo - Nascita

x0bi04	Si riferisca alla lista 9: Come è nato/a?	x0bi04	<input type="checkbox"/> 1 Parto normale <input type="checkbox"/> 2 Parto con l'aiuto di forcipe o ventosa <input type="checkbox"/> 3 Parto cesareo <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
x0bi05	Si riferisca alla lista 10: Per quanto tempo è stato allattato?	x0bi05	<input type="checkbox"/> 1 Non sono stato/a allattato/a <input type="checkbox"/> 2 Sono stato/a allattato/a, ma non so per quanto tempo <input type="checkbox"/> 3 Fino a 2 settimane <input type="checkbox"/> 4 3-4 settimane (fino a 1 mese) <input type="checkbox"/> 5 2-3 mesi <input type="checkbox"/> 6 4-6 mesi <input type="checkbox"/> 7 Più di 6 mesi <input type="checkbox"/> 8 Non so se sono stato/a allattato/a		
x0bi06	Possedeva una o più malformazioni al momento della nascita?	x0bi06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Quali?	x0bi06a	<hr/> <hr/>		

Donne - Menarca

	Le seguenti domande riguardano la sfera ginecologica.			if male end
x0wo01	Lei sa a quale età ha avuto la prima mestruazione?		<input type="checkbox"/> 0 Sì	
		x0wo01	<input type="checkbox"/> 1 Finora non ho avuto le mestruazioni <input type="checkbox"/> 2 Non lo so	x0wo03
	A quale età ha avuto la prima mestruazione?	x0wo01b	Età (Anni)	_ _

Donne - Contraccettivi

x0wo03	Attualmente fa uso di contraccettivi ormonali? (Si intende pillola anticoncezionale, implanon, iniezione contraccettiva dei 3 mesi o anello vaginale ormonale) INT: Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.		<input type="checkbox"/> 1 Sì		x0wo04a
		x0wo03	<input type="checkbox"/> 6 No		
			<input type="checkbox"/> 2 Preferisco non rispondere		if age<=55y x0wo05 if age>55y x0wo12
x0wo02	Ha mai fatto uso di contraccettivi ormonali?	x0wo02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	if age<=55y x0wo05 if age>55y x0wo12
x0wo04	Per quanti anni o mesi ha fatto uso di contraccettivi ormonali? INT: Nur Dauer der tatsächlichen Einnahme erfragen! Angabe erfolgt in Monaten (nur bis zu 12 Monate!) ODER Jahren. Wenn >1 Jahr auf ganzes Jahr ab- bzw. aufrunden. Bitte DAUER ALLER GENOMMENEN PRÄPARATE (Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring) AUFSUMMIEREN!	x0wo04a	_ _ Numero di mesi		if age>55y x0wo12
		x0wo04b	_ _ o numero di anni		

Donne - Gravidanza

x0wo05	Attualmente è incinta?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so, possibile	x0wo06
--------	------------------------	--------	---	--------

	In quale settimana di gravidanza si trova?	x0wo05a	_ _	
x0wo12	Lei è mai stata incinta? (inclusi aborti e bambini nati morti!)	x0wo12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so x0wo06
x0wo12a	Quanti figli ha dato alla luce, inclusi bambini nati morti? INT: Definition stillbirth: Birth of a dead fetus after a pregnancy of at least 28 weeks (or 7 months).	x0wo12a	_ _	

Donne - Mestruazioni

x0wo06	Ha ancora le mestruazioni? INT: Gemeint ist das endgültige Ausbleiben Ihrer Regelblutung	x0wo06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	end
			<input type="checkbox"/> 6 No	
			<input type="checkbox"/> 7 Non lo so	end
	Quando sono cessate le mestruazioni? (età)	x0wo07	Età (Anni) _ _	
x0wo08	Per quale motivo sono venute a mancare le mestruazioni?		<input type="checkbox"/> 1 Menopausa	
		x0wo08	<input type="checkbox"/> 2 Operazione <input type="checkbox"/> 3 Altro motivo	end
	Specificare l'altro motivo	x0wo08a	_____	
x0wo09	Attualmente fa uso di preparati ormonali sostitutivi (per via della menopausa)? INT: Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0wo11
			<input type="checkbox"/> 6 No	
			<input type="checkbox"/> 7 Non lo so	x0wo11
x0wo10	Ha mai fatto uso di preparati ormonali sostitutivi per la menopausa? INT: Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so end

x0wo11	<p>In totale per quanti anni ha fatto uso di preparati ormonali sostitutivi?</p> <p>INT: Zählen Sie bitte nur die Zeiten zusammen, in denen Sie die Präparate eingenommen haben und rechnen Sie Unterbrechungen nicht mit.</p>	<p>x0wo11a</p> <p>x0wo11b</p>	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Numero di anni</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Numero di mesi se meno di 1 anno</div> </div>	
---------------	---	-------------------------------	---	--

Nutrition (DAIMON)

In use until 2014-05-16

	Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari? INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Quasi ogni giorno	Più volte alla settimana	Circa una volta alla settimana	Più volte al mese	Una volta al mese o meno	Mai
x0fd01	Carne rossa (esclusi salumi/insaccati)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd02	Salumi (insaccati)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd03	Pollame	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd04	Pesce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd05	Patate	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd06	Pasta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd07	(Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Quasi ogni giorno	Più volte alla settimana	Circa una volta alla settimana	Più volte al mese	Una volta al mese o meno	Mai
x0fd07	Riso	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd08	Insalata o verdura cruda	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd09	Verdura cotta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd10	Frutta fresca	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd11	Cioccolata, cioccolatini	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd12	Dolci, biscotti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd13	(Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Quasi ogni giorno	Più volte alla settimana	Circa una volta alla settimana	Più volte al mese	Una volta al mese o meno	Mai
x0fd13	Altri dolciumi (caramelle e simili)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd14	Snack salati come arachidi salati, patatine, ecc	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd15	Pane bianco, pane misto, pane da toast (pane non integrale)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd16	Pane integrale, pane nero, pane di segale (Knäckebrot)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd17	Fiocchi d'avena, muesli, cornflakes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd18	Quark, yogurt, latte rappreso	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	(Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						

		Quasi ogni giorno	Più volte alla settimana	Circa una volta alla settimana	Più volte al mese	Una volta al mese o meno	Mai
x0fd19	Latticini magri con un contenuto di grassi fino a 1,5% (yogurt,latte,quark,ecc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd20	Formaggi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd21	Uova	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd22	Latte (incluso latticello)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd23	Margarina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd24	Margarina, parzialmente scremata ("light", leggera)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd25	(Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Quasi ogni giorno	Più volte alla settimana	Circa una volta alla settimana	Più volte al mese	Una volta al mese o meno	Mai
x0fd25	Burro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd26	Burro, parzialmente scremato ("light", leggero)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd27	Limonata dietetica, altre bevande dietetiche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd28	Succhi di frutta, altre bibite rinfrescanti (limonate,Cola,ecc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd29	Acqua minerale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd31	Ha mai bevuto caffè espresso/moka una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? (eccetto decaffeinato) INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd31	<input type="checkbox"/> 1 Sì		<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0fd32
	Quando ha iniziato a bere regolarmente caffè espresso/moka? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?	x0fd31a x0fd31b	Età <input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulto				
	Attualmente beve regolarmente caffè espresso/moka? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd31c	<input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 Sì		x0fd31f
	Quando ha smesso di bere regolarmente caffè espresso/moka? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto caffè espresso/moka in totale?	x0fd31d, x0fd31e	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Età</div> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Oppure per quanti anni</div> </div>				

x0fd31f	Quante tazze di espresso/moka (ca. 40 ml) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd31f	<div style="text-align: right;"> _ _ </div>		
x0fd32	Ha mai bevuto tè nero una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd32	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0fd33
	Quando ha iniziato a bere regolarmente tè nero? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?	x0fd32a x0fd32b	Età <div style="text-align: right;"> _ _ </div> <input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulto		
	Attualmente beve regolarmente tè nero? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd32c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0fd32f
	Quando ha smesso di bere regolarmente tè nero? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto tè nero in totale?	x0fd32d, x0fd32e	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> _ _ Età</div> <div> _ _ Oppure per quanti anni</div> </div>		
x0fd32f	Quante tazze di tè nero (ca. 125 ml) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd32f	<div style="text-align: right;"> _ _ </div>		
x0fd33	Ha mai bevuto caffè americano (caffè da filtro) una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? (eccetto decaffeinato) INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate		<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0fd34
	Quando ha iniziato a bere regolarmente caffè americano/caffè da filtro? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?	x0fd33a x0fd33b	Età <div style="text-align: right;"> _ _ </div> <input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulto		

	Attualmente beve regolarmente caffè americano/caffè da filtro? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd33c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0fd33f
	Quando ha smesso di bere regolarmente caffè americano/caffè da filtro? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto caffè americano/caffè da filtro in totale?	x0fd33d, x0fd33e	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Età </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Oppure per quanti anni </div> </div>		
x0fd33f	Quante tazze di caffè americano/caffè da filtro (ca. 125 ml) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd33f	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
x0fd34	Ha mai bevuto Coca-Cola una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? (eccetto decaffeinata) INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd34	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Quando ha iniziato a bere regolarmente Coca-Cola? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?	x0fd34a x0fd34b	Età <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div><input type="checkbox"/>1 Bambino</div> <div><input type="checkbox"/>2 Adolescente</div> <div><input type="checkbox"/>3 Adulto</div> </div>		
	Attualmente beve regolarmente Coca-Cola? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd34c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0fd34f
	Quando ha smesso di bere regolarmente Coca-Cola? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto Coca-Cola in totale?	x0fd34d, x0fd34e	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Età </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Oppure per quanti anni </div> </div>		
x0fd34f	Quante lattine di Coca-Cola (33 cl) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Dose pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd34f	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		

Alcohol (DAIMON)

In use until 2014-05-16

x0a100	Ha mai bevuto alcolici?	x0a100	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0a101	Si riferisca alla lista 13: Negli ultimi 12 mesi in media quanto spesso ha bevuto alcolici, quindi per esempio un bicchiere di vino, birra, drink, grappa o liquore?		<input type="checkbox"/> 1 Mai <input type="checkbox"/> 2 Solo ad occasioni speciali <input type="checkbox"/> 3 1 volta al mese o meno		x0a105a
		x0a101	<input type="checkbox"/> 4 2-4 volte al mese <input type="checkbox"/> 5 2-3 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 6 4 o più volte alla settimana ma non ogni giorno <input type="checkbox"/> 7 Ogni giorno		if male x0a102a if female x0a102b
x0a102a	Si riferisca alla lista 14: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 5 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?	x0a102a	<input type="checkbox"/> 1 Mai negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 2 1-2 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 3 3-5 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 4 6-11 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 5 circa una volta al mese <input type="checkbox"/> 6 2-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 7 1-2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 9 3-4 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 10 Ogni giorno o quasi		x0a103a
x0a102b	Si riferisca alla lista 14: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 4 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?	x0a102b	<input type="checkbox"/> 1 Mai negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 2 1-2 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 3 3-5 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 4 6-11 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 5 circa una volta al mese <input type="checkbox"/> 6 2-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 7 1-2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 9 3-4 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 10 Ogni giorno o quasi		

x0al03a	<p>In generale considerando l'ultimo anno nel finesettimana (venerdì, sabato e domenica) quante delle seguenti bevande ha consumato?</p> <p>INT: Das gesamte Wochenende berücksichtigen, also Summe aller Getränken über diese 3 Tage.</p> <p>Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.</p>	x0al03a x0al03b x0al03c x0al03d x0al03e x0al03f	birra analcolica? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> birra? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> vino bianco o spumante? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> vino rosso? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> grappa, liquore, ecc.? (n° bicchieri da 0,02 l) <input type="text"/> bevande miscelate alcoliche – drink? (n° bicchieri da 0,3 l) <input type="text"/>																												
x0al04a	<p>In generale considerando l'ultimo anno nei giorni feriali (da lunedì a giovedì) quante delle seguenti bevande ha consumato?</p> <p>INT: Die gesamten Werkstage berücksichtigen, also Summe aller Getränken über diese 4 Tage.</p> <p>Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.</p>	x0al04a x0al04b x0al04c x0al04d x0al04e x0al04f	birra analcolica? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> birra? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> vino bianco o spumante? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> vino rosso? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> grappa, liquore, ecc.? (n° bicchieri da 0,02 l) <input type="text"/> bevande miscelate alcoliche – drink? (n° bicchieri da 0,3 l) <input type="text"/>	end																											
x0al05a	<p>Si riferisca alla lista 15: Perché negli ultimi 12 mesi non ha più bevuto alcolici/ha bevuto pochi alcolici?</p>	x0al05a x0al05b x0al05c x0al05d x0al05e x0al05f x0al05g x0al05h	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presenza di una malattia</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Altri motivi di salute/per la protezione della propria salute</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Consiglio di un medico</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Motivi economici</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Motivi religiosi</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Sono un ex alcolista</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Altri motivi</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Non lo so</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	Presenza di una malattia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Altri motivi di salute/per la protezione della propria salute	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Consiglio di un medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Motivi economici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Motivi religiosi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Sono un ex alcolista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Altri motivi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Non lo so	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	end end
	Si	No																													
Presenza di una malattia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Altri motivi di salute/per la protezione della propria salute	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Consiglio di un medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Motivi economici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Motivi religiosi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Sono un ex alcolista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Altri motivi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Non lo so	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
x0al06a	<p>Quando ha iniziato a bere regolarmente alcolici?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p>	x0al06a, x0al06b	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Anno</td> <td><input type="text"/><input type="text"/> ossia età di allora</td> </tr> </table>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anno	<input type="text"/> <input type="text"/> ossia età di allora																										
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anno	<input type="text"/> <input type="text"/> ossia età di allora																														

x0a107a	Quando ha smesso di bere regolarmente alcolici? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0a107a, x0a107b	<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Anno</div></div> <div><div><div></div><div></div></div><div>ossia età di allora</div></div>	
----------------	--	---------------------	--	--

Alcool

In use since 2014-05-19

	<i>In seguito vorrei porLe alcune domande riguardo il suo consumo di alcolici.</i>			
x0al00	Ha mai bevuto alcolici?	x0al00	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	end
x0al01	Si riferisca alla lista 13: Negli ultimi 12 mesi in media quanto spesso ha bevuto alcolici, quindi per esempio un bicchiere di vino, birra, drink, grappa o liquore?		<input type="checkbox"/> 1 Mai <input type="checkbox"/> 2 Solo ad occasioni speciali <input type="checkbox"/> 3 1 volta al mese o meno	end
		x0al01	<input type="checkbox"/> 4 2-4 volte al mese <input type="checkbox"/> 5 2-3 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 6 4 o più volte alla settimana ma non ogni giorno <input type="checkbox"/> 7 Ogni giorno	if male x0al02a if female x0al02b
x0al02a	Si riferisca alla lista 14: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 5 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?	x0al02a	<input type="checkbox"/> 1 Mai negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 2 1-2 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 3 3-5 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 4 6-11 volte negli ultimi 12 mesi <input type="checkbox"/> 5 circa una volta al mese <input type="checkbox"/> 6 2-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 7 1-2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 9 3-4 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 10 Ogni giorno o quasi	end

x0a102b	Si riferisca alla lista 14: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 4 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?	<div>x0a102b</div>	<div><div><input type="checkbox"/>1</div><div>Mai negli ultimi 12 mesi</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>2</div><div>1-2 volte negli ultimi 12 mesi</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>3</div><div>3-5 volte negli ultimi 12 mesi</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>4</div><div>6-11 volte negli ultimi 12 mesi</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>5</div><div>circa una volta al mese</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>6</div><div>2-3 volte al mese</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>7</div><div>1-2 volte alla settimana</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>9</div><div>3-4 volte alla settimana</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>10</div><div>Ogni giorno o quasi</div></div>
----------------	---	--------------------	---

Fumo - Inizio

	<i>In seguito vorrei porLe alcune domande riguardo il fumo ed il fumo passivo.</i>				
x0sm32	Ha mai fumato per almeno un anno? INT: „Ja“ bedeutet mindestens 20 Päckchen Zigaretten im Leben oder 360 Gramm Tabak in Ihrem Leben, oder ein Jahr lang mindestens eine Zigarette pro Tag oder eine Zigarre pro Woche.)	x0sm32	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0sm46
	A che età ha iniziato a fumare? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm33	Età (anni)	_ _	
x0sm34	A che età ha iniziato a fumare giornalmente? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren. Falls niemals täglich geraucht, 88 kodieren.	x0sm34	Età (anni)	_ _	

Fumo - Attualmente

x0sm00	Fuma attualmente (o fino a un mese fa)?	x0sm00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0sm39
x0sm35	Quanto fuma ora in media? INT: Mit „durchschnittlich“ ist gemeint: 0-3 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 0 pro Tag 4-10 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 1 pro Tag	x0sm35	Numero di sigarette al giorno:	_ _	
		x0sm36	Numero di sigaretti al giorno:	_ _	
		x0sm37	Numero di sigari alla settimana:	_ _	
		x0sm38	Tabacco da pipa (in grammi/settimana):	_ _ _	

Fumo - Precedentemente

x0sm39	Ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo?	x0sm39	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0sm45
	Ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo per problemi respiratori?	x0sm39a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
	A che età ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo?	x0sm40	Età (anni)	_ _	

x0sm41	Quanto fumava prima in media, considerando tutto il periodo di tempo in cui ha fumato?	x0sm41 x0sm42 x0sm43 x0sm44	Numero di sigarette al giorno: _ _ _ Numero di sigaretti al giorno: _ _ _ Numero di sigari alla settimana: _ _ _ Tabacco da pipa (in grammi/settimana): _ _ _ _	
x0sm45	Aspira o aspirava il fumo?	x0sm45	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	

Fumo passivo - In generale

x0sm46	Negli ultimi 12 mesi è stato regolarmente esposto al fumo di tabacco? INT: Regelmäßig bedeutet: an den meisten Tagen oder Nächten.	x0sm46	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
	Escluso lei, quante persone fumano regolarmente in casa sua?	x0sm47	_ _		
	Si fuma regolarmente nella stanza dove lavora?	x0sm48	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	

Fumo passivo - Nei dettagli

	Per quante ore al giorno è esposto al fumo di tabacco delle altre persone?	x0sm49	_ _ ore per giorno	if 0 end
x0sm49a	Per favore, ci può fornire maggiori dettagli? quante ore al giorno è esposto al fumo di tabacco delle altre persone nei seguenti luoghi:	x0sm49a	In casa: _ _ ore al giorno	
		x0sm49b	Nel posto di lavoro: _ _ ore al giorno	
		x0sm49c	Nei bar, nei ristoranti, nei cinema o in luoghi di ritrovo simili _ _ ore al giorno	
		x0sm49d	In altri luoghi: _ _ ore al giorno	

Malattie croniche - Fegato

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua salute.</i>				
x0cd01	Un medico le ha mai diagnosticato una malattia del fegato?	x0cd01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd06
	Si ricorda il nome della malattia?	x0cd01e	<input type="checkbox"/> 1 Cirrosi epatica		
		x0cd01f	<input type="checkbox"/> 2 Altro		
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd01a, x0cd01b	Anno	_ _ _ _	

Malattie croniche - Gotta

x0cd06	Un medico le ha mai diagnosticato una gotta?	x0cd06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd10
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd06a, x0cd06b	Anno	_ _ _ _	

Malattie croniche - Osteoporosi

x0cd10	Un medico le ha mai diagnosticato osteoporosi?	x0cd10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd14
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd10a, x0cd10b	Anno	_ _ _ _	

Malattie croniche - Vasculite

x0cd14	Le è stata diagnosticata una vasculite (incluso Lupus Eritematoso)?	x0cd14	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Si ricorda il nome della malattia?	x0cd14d	_____		

	<p>In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	<p>x0cd14a, x0cd14b</p>	<p>Anno</p> <p> _ _ _ _ </p>	
--	---	-----------------------------	------------------------------	--

Cancro

x0ca00	Le è mai stato diagnosticato un tumore maligno (cancro)? INT: Gemeint ist bösartiger Krebs	x0ca00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end																														
x0ca00a	Quanti tumori maligni (cancro) ha avuto?	x0ca00a	_ _																																
x0ca01a	<p>Per favore specifichi l'anno in cui è insorto il tumore maligno. 1. Tumore maligno... / 2. Tumore maligno... / 3. Tumore maligno... / 4. Tumore maligno... / 5. Tumore maligno...</p> <p>Anno...</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren. (x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a)</p> <p>Denominazione e localizzazione?</p> <p>INT: Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsenkrebs handelte. (x0ca01b/ x0ca02b / x0ca03b / x0ca04b / x0ca05b)</p> <p>È stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera? (x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c)</p> <p>In quale ospedale è stato trattato? (x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)</p>																																		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Anno</th> <th style="width: 25%;">Denominazione e localizzazione</th> <th style="width: 15%;">Ricoverato per trattamento? No Sì</th> <th style="width: 15%;">Ospedale</th> <th style="width: 30%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 2</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 3</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 4</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Anno	Denominazione e localizzazione	Ricoverato per trattamento? No Sì	Ospedale		_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 1	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 2	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 3	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 4	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____		end if x0ca00a
Anno	Denominazione e localizzazione	Ricoverato per trattamento? No Sì	Ospedale																																
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 1																															
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 2																															
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 3																															
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 4																															
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____																																

Diabete

x0dm00	Un medico le ha mai diagnosticato il diabete?	x0dm00	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0dm01	Per favore indichi l'anno oppure l'età in cui le è stato diagnosticato il diabete. INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm01a, x0dm01b	Anno _ _ _ _ 	
x0dm02	Si riferisca alla lista 16: Secondo la sua conoscenza di che tipo di diabete si tratta?	x0dm02	<input type="checkbox"/> 1 Diabete giovanile o insulino dipendente (tipo 1) <input type="checkbox"/> 2 Diabete di tipo 2 <input type="checkbox"/> 3 Diabete gestazionale <input type="checkbox"/> 4 Diabete dopo infiammazione del pancreas <input type="checkbox"/> 5 Non lo so	
x0dm03	Si riferisca alla lista 17: A che tipo di trattamento è sottoposto? INT: Nur eine Angabe! – Denken Sie auch an gespritztes Insulin und Insulinpumpen!		<input type="checkbox"/> 1 Solo con pastiglie	end
		x0dm03	<input type="checkbox"/> 2 Solo con insulina <input type="checkbox"/> 3 Con insulina e pastiglie	
			<input type="checkbox"/> 4 Solo dietetico <input type="checkbox"/> 5 Nessun trattamento	end
x0dm04	Per favore indichi l'anno, da quandoviene trattato/a con insulina. INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm04a, x0dm04b	Anno _ _ _ _ 	

Malattie renali

x0ki00	Un medico le ha mai diagnosticato una malattia renale?	x0ki00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki09
x0ki01	Era una glomerulonefrite?	x0ki01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki02
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki01a, x0ki01b	Anno	_ _ _ _	
	Ricorda il nome preciso della diagnosi?	x0ki01d	_____		
x0ki02	Era una pielonefrite?	x0ki02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki04
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki02a, x0ki02b	Anno	_ _ _ _	
x0ki04	Era una malattia delle arterie renali (inclusa stenosi dell'arteria renale)?	x0ki04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki05
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki04a, x0ki04b	Anno	_ _ _ _	
	Ricorda il nome specifico della malattia o la diagnosi?	x0ki04d	_____		
x0ki05	Era una malattia renale ereditaria o congenita (incluso Rene Policistico)?	x0ki05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki07
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki05a, x0ki05b	Anno	_ _ _ _	
	Ricorda il nome specifico della malattia o la diagnosi?	x0ki05d	_____		
x0ki07	Le sono stati diagnosticati calcoli renali?	x0ki07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki08

	In quale anno sono stati diagnosticati per la prima volta calcoli renali? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki07a, x0ki07b	Anno	_ _ _ _	
x0ki08	Le è stata diagnosticata un'altra malattia renale?	x0ki08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki09
	Se lo ricorda, specifichi il nome della malattia:	x0ki08d	_____		
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki08a, x0ki08b	Anno	_ _ _ _	

Reni - Insufficienza renale

x0ki09	Un medico le ha mai diagnosticato o riportato una ridotta funzionalità renale o una insufficienza renale?	x0ki09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki19
	In quale anno? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki09a, x0ki09b	Anno	_ _ _ _	
	L'insufficienza renale è tuttora presente?	x0ki09c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ki22	È mai stato sottoposto a dialisi?	x0ki22	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki23
	Quando ha fatto la prima dialisi? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki22a, x0ki22b	Anno	_ _ _ _	
x0ki23	È tuttora in dialisi?	x0ki23	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0ki10
	Quando ha fatto l'ultima dialisi? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki23a, x0ki23b	Anno	_ _ _ _	
x0ki10	Ha mai subito un trapianto di rene?	x0ki10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki19
	Quanti trapianti?	x0ki10a	_ _		

x0ki11a	Anno del primo trapianto INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki11a, x0ki11b	Anno	_ _ _ _	if x0ki10a = 1 x0ki19
x0ki12a	Anno del secondo trapianto INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki12a, x0ki12b	Anno	_ _ _ _	if x0ki10a = 2 x0ki19
x0ki13a	Anno del terzo trapianto INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki13a, x0ki13b	Anno	_ _ _ _	if x0ki10a = 3 x0ki19
x0ki14a	Anno del quarto trapianto INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki14a, x0ki14b	Anno	_ _ _ _	if x0ki10a = 4 x0ki19
x0ki15a	Anno del quinto trapianto INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki15a, x0ki15b	Anno	_ _ _ _	

Reni - Intervento

x0ki19	Ha mai donato un rene?	x0ki19	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki20
	In quale anno? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki19a, x0ki19b	Anno	_ _ _ _		
x0ki20	È stato operato per angioplastica delle arterie renali?	x0ki20	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki21
	In quale anno? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki20a, x0ki20b	Anno	_ _ _ _		
x0ki21	È stato operato ai reni per qualche altro motivo?	x0ki21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Può specificare il motivo?	x0ki21c	_____			
	In quale anno? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki21a, x0ki21b	Anno	_ _ _ _		

Ipertensione

x0bl01	Un medico le ha mai detto che lei soffre di ipertensione o che ha la pressione alta? INT: Bitte Frage langsam vorlesen! Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bl02
x0bl01b	Che età aveva la prima volta che il medico le ha detto che aveva la pressione alta? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl01b	Età di allora (anni) <input type="text"/> <input type="text"/>		if sex = male x0bl02
x0bl01c	L'ipertensione era limitata al periodo della gravidanza?	x0bl01c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

Ipertensione - Farmaci

x0bl02	Ha mai preso farmaci contro l'ipertensione in seguito a prescrizione medica?	x0bl02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bl12
	A che età ha iniziato a prendere i farmaci? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl02a	Età di allora (anni) <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Li prende tuttora?	x0bl02b	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0bl12
	Quando ha smesso di prenderli? INT: Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren	x0bl02c	Età di allora (anni) <input type="text"/> <input type="text"/>		

Colesterolo

x0bl12	Un medico le ha mai detto che ha i lipidi elevati (colesterolo o trigliceridi)?	x0bl12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0bl12a	Ha mai preso farmaci per questo in seguito a prescrizione medica?	x0bl12a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end

	A che età ha iniziato a prendere i farmaci? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl12b	Età di allora (anni) <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div>	
	Li prende tuttora?	x0bl12c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	

Tiroide - Malattie

x0th00	Le è mai stata diagnosticata una malattia alla tiroide?	x0th00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	x0th12
x0th01	Quale malattia alla tiroide le è stata diagnosticata? If YES: In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> No Non so Sì </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Anno della diagnosi _____ </div>		
	1. Ipotiroidismo	x0th02, x0th02a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	<div style="display: flex; align-items: center;"> ⇒ Anno _____ </div>		
x0th02	2. Sindrome di Hashimoto	x0th07, x0th07a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	<div style="display: flex; align-items: center;"> ⇒ Anno _____ </div>		
x0th03	3. Iperitiroidismo	x0th01, x0th01a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	<div style="display: flex; align-items: center;"> ⇒ Anno _____ </div>		
x0th04	4. Morbo di Basedow o di Graves	x0th05, x0th05a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	<div style="display: flex; align-items: center;"> ⇒ Anno _____ </div>		
x0th05	5. Gozzo	x0th03, x0th03a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	<div style="display: flex; align-items: center;"> ⇒ Anno _____ </div>		
x0th06	6. Nodo	x0th04, x0th04a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	<div style="display: flex; align-items: center;"> ⇒ Anno _____ </div>		
x0th07	7. Tumore alla tiroide	x0th06, x0th06a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	<div style="display: flex; align-items: center;"> ⇒ Anno _____ </div>		
x0th09	8. Le è stata diagnosticata una malattia alla tiroide diversa da quelle elencate?	x0th09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	
if sex = female AND children >0 => x0th08 if sex = male OR children=0 AND (x0th02, ..., x0th09 = 2 or 3) => x0th12 if sex = male OR children=0 AND (x0th02= 1 OR x0th03= 1 OR ..., x0th09= 1) => x0th12						
	In quale anno le è stata diagnosticata per la prima volta?	x0th09a	Anno	_____		
	Si ricorda il nome della malattia? (OPPURE: Potrebbe descriverla in poche parole?)	x0th09b	_____			if sex = male OR children=0 x0th12
x0th08	9. Ha sofferto di alterazioni alla tiroide durante la gravidanza?	x0th08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	

Tiroide - Intervento

x0th12	È mai stato/a sottoposto/a ad un' operazione alla tiroide?	x0th12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	x0th13
x0th12a	In quale anno è stato sottoposto all'operazione alla tiroide?	x0th12a	Anno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Si riferisca alla lista 18: Si ricorda il tipo di operazione?	x0th12b	<input type="checkbox"/> 1 Rimozione parziale della tiroide <input type="checkbox"/> 2 Rimozione completa della tiroide <input type="checkbox"/> 3 Nodo			x0th13
			<input type="checkbox"/> 4 Altro			
	Provverebbe descrivere il tipo di operazione?	x0th12c	<input type="text"/>			

Tiroide - Terapia

x0th13	Si riferisca alla lista 19: È mai stato/a sottoposto/a a una terapia per la tiroide?	x0th13	<input type="checkbox"/> 1 Sì, terapia con radioiodio <input type="checkbox"/> 2 Sì, trattamento medico o farmacologico	x0th14
			<input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non so	
	Si ricorda l'anno del primo trattamento?	x0th13a	Da (Anno) _ _ _ _	
	Fino a quale anno è stato sottopostoal trattamento? Fino ad ora	x0th13b	A (Anno) _ _ _ _ <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	

Tiroide - Familiarità

x0th14	Ci sono altre persone nella sua famiglia che soffrono o hanno sofferto di malattie alla tiroide?	x0th14	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non so	end
---------------	--	--------	-------------------------------	---	------------

x0th14a	Mi potrebbe dire qual è il grado di parentela?		[CHECKBOX]	Sì	No	
		x0th14a	Madre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14b	Padre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14c	Fratello/i	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14d	Sorella/e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14e	Figlio/i	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14f	Figlia/e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Si ricorda il nome della malattia?	x0th14g	<hr/>			

Infarto miocardico - Angina pectoris

In use until 2014-08-29

x0mi00	Ha mai accusato dolori o disagi a livello del torace? INT: Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0mi08
x0mi01	Questi dolori o questo disagio insorgono quando va di fretta, va in salita o per qualsiasi altro sforzo fisico?		<input type="checkbox"/> 1 Sì		
		x0mi01	<input type="checkbox"/> 2 No		x0mi08
			<input type="checkbox"/> 3 Non faccio mai sforzo fisico <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
x0mi02	Questi disturbi insorgono quando cammina lungo un tragitto piano a velocità normale?	x0mi02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0mi03	Si riferisca alla lista 20: Cosa fa se accusa dolori o disagi a livello del torace mentre sta camminando?	x0mi03	<input type="checkbox"/> 1 Vado più piano o mi fermo <input type="checkbox"/> 3 Assumo nitroglicerina		
			<input type="checkbox"/> 2 Continuo a camminare con la stessa velocità		x0mi08
x0mi04	I disturbi svaniscono entro 10 minuti se cammina più lentamente o si ferma?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0mi08
x0mi05a	Mi mostrerebbe dove accusa questo dolore o questo disagio? INT: Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren. Se un altro punto, quale?	x0mi05a	Dietro allo sterno	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05b	Torace anteriore sinistro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05c	Collo/angolo mandibolare	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05d	Spalla sinistra	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05e	Altro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05f	_____		
x0mi06	Il dolore o disagio si irradia al braccio sinistro?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
x0mi07	Ha mai accusato un forte dolore trasversale al torace, che è durato mezz'ora o più?	x0mi07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	

Infarto miocardico - Angina pectoris (revised)

In use since 2014-09-01

x0mi00	Ha mai accusato dolori o disagi a livello del torace? INT: Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0mi08
x0mi01	Questi dolori o questo disagio insorgono quando va di fretta, va in salita o per qualsiasi altro sforzo fisico?		<input type="checkbox"/> 1 Sì		
		x0mi01	<input type="checkbox"/> 2 No		x0mi07
			<input type="checkbox"/> 3 Non faccio mai sforzo fisico <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
x0mi02	Questi disturbi insorgono quando cammina lungo un tragitto piano a velocità normale?	x0mi02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0mi03	Si riferisca alla lista 20: Cosa fa se accusa dolori o disagi a livello del torace mentre sta camminando?	x0mi03	<input type="checkbox"/> 1 Vado più piano o mi fermo <input type="checkbox"/> 3 Assumo nitroglicerina		
			<input type="checkbox"/> 2 Continuo a camminare con la stessa velocità		x0mi07
x0mi04	I disturbi svaniscono entro 10 minuti se cammina più lentamente o si ferma?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0mi05a	Mi mostrerebbe dove accusa questo dolore o questo disagio? INT: Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren. Se un altro punto, quale?	x0mi05a	Dietro allo sterno	Sì No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05b	Torace anteriore sinistro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05c	Collo/angolo mandibolare	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05d	Spalla sinistra	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05e	Altro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05f	_____		
x0mi06	Il dolore o disagio si irradia al braccio sinistro?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0mi07	Ha mai accusato un forte dolore trasversale al torace, che è durato mezz'ora o più?	x0mi07	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

Infarto miocardico - Malattia alle coronarie

x0mi08	Che lei sappia ha una malattia alle coronarie? INT: Arterienverkalkung der Herzkrankgefäße	x0mi08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0mi09
	In quale anno è stata diagnosticata? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0mi08b, x0mi08c	Anno	_ _ _ _	
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0mi08d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente	<input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non lo so	

Infarto miocardico

x0mi09	Ha mai avuto un infarto miocardico accertato da un medico?	x0mi09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0mi16																					
x0mi10	Quanti infarti miocardici ha avuto complessivamente?	x0mi10		_ _																						
x0mi11a	Per favore specifichi l'anno in cui è insorto il 1. infarto miocardico/ 2. infarto miocardico/ 3. infarto miocardico/ 4. infarto miocardico/ 5. infarto miocardico. INT: Wenn mehr als fünf Herzinfarkte, den ersten und die letzten vier Herzinfarkte eingeben. Falls der Herzinfarkt erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. (x0mi11a / x0mi12a / x0mi13a / x0mi14a / x0mi15a) All'epoca è stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera? (x0mi11b / x0mi12b / x0mi13b / x0mi14b / x0mi15b) In quale ospedale è stato trattato? (x0mi11c / x0mi12c / x0mi13c / x0mi14c / x0mi15c)																									
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Anno</th> <th style="text-align: center;">Ricoverato per trattamento?</th> <th style="text-align: center;">Ospedale</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">No Sì</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> </tbody> </table>				Anno	Ricoverato per trattamento?	Ospedale		No Sì		_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	x0mi16 if x0mi10 = 1 = 2 = 3 = 4 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
Anno	Ricoverato per trattamento?	Ospedale																								
	No Sì																									
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								

Infarto miocardico - Intervento

x0mi16	È mai stato/a sottoposto/a a coronarografia?	x0mi16	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0mi17	È mai stato/a sottoposto/a ad un' operazione al cuore?	x0mi17	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0mi18	È mai stato/a sottoposto/a ad un intervento di bypass o angioplastica (stent)?	x0mi18	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

Insufficienza cardiaca - Sintomi

x0hf01	Quando fa degli sforzi, nota che le manca il respiro o fa fatica a respirare? INT: (Dyspnoe)	x0hf01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf02
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf01a, x0hf01b	Anno _ _ _ _		
x0hf02	Soffre di "acqua nei polmoni" (edema polmonare)? INT: (Linksherzinsuffizienz)	x0hf02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf03
	Da quando? (Anno) INT: (Linksherzinsuffizienz)	x0hf02a, x0hf02b	Anno _ _ _ _		
x0hf03	Ha spesso le gambe gonfie (edema alle gambe)? INT: (Rechtsherzinsuffizienz)	x0hf03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf04
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf03a, x0hf03b	Anno _ _ _ _		

Insufficienza cardiaca - Malattie

x0hf04	Che lei sappia ha una miocardite? INT: (Myokarditis)	x0hf04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf05
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf04a, x0hf04b	Anno _ _ _ _		
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf04c	_____		
x0hf05	Che lei sappia soffre di una miocardiopatia? (p.es. cardiomiopatia ipertrofica)	x0hf05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf06
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf05a, x0hf05b	Anno _ _ _ _		
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf05c	_____		

x0hf06	Le è mai stato diagnosticato un problema alle valvole del cuore? INT: mittels Echokardiografie, nicht allein auskultieren des Herzens mit Stethoskop Septumdefekt = "Loch im Herzen", Klappendefekt = Herzklappenfehler	x0hf06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf07
	Descriva il problema in maniera possibilmente accurata:	x0hf06a	<hr/>		

Insufficienza cardiaca - Elettrocardiogramma

x0hf07	È mai stato/a sottoposto/a ad un elettrocardiogramma? (esclusi elettrocardiogrammi obbligatori eseguiti per ragioni sportive o lavorative o prima di un intervento)	x0hf07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf08
	L' elettrocardiogramma aveva mostrato anomalie di rilievo?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0hf08
	Quali?	x0hf07d	<hr/>		
	Si ricorda quando l'ECG ha mostrato anomalie di rilievo per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf07a, x0hf07b	Anno	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	

Insufficienza cardiaca

x0hf08	Un medico le ha mai diagnosticato un' insufficienza cardiaca? INT: (Pumpschwäche des Herzmuskels)	x0hf08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: (Pumpschwäche des Herzmuskels)	x0hf08a, x0hf08b	Anno	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	

Fibrillazione atriale - Malattie

x0af02	Soffre di fibrillazione atriale?	x0af02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af07
	Le è stata diagnosticata da un medico?	x0af02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af03
	In quale anno? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af02b, x0af02c	Anno 			
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0af02d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 4 Non lo so			

Fibrillazione atriale - Sintomi

x0af03	Durante la fibrillazione atriale insorgono disturbi?	x0af03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af04
x0af03a	Si riferisca alla lista 21: Quali?		<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Sì No </div>			
		x0af03a	Tachicardia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03b	Extrasistole	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03c	Debolezza/stanchezza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03d	Dispnea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03e	Dolori al torace	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03f	Ansia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03g	Vertigine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03h	Altri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
x0af03i	Descriva gli altri disturbi	x0af03i				

Fibrillazione atriale - Cronica

x0af04	La fibrillazione atriale è di tipo cronico, cioè continua e senza interruzione?		<input type="checkbox"/> 1 Sì		x0af07
		x0af04	<input type="checkbox"/> 2 No		
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0af07

x0af05	Si riferisca alla lista 22: Quanto spesso insorge la fibrillazione atriale?	x0af05	<input type="checkbox"/> 1 Una volta al giorno <input type="checkbox"/> 2 Una volta alla settimana <input type="checkbox"/> 3 Una volta al mese <input type="checkbox"/> 4 Una volta all'anno	
x0af06	Si riferisca alla lista 23: Quanto dura un attacco di fibrillazione atriale in media?	x0af06	<input type="checkbox"/> 1 Secondi <input type="checkbox"/> 2 Minuti <input type="checkbox"/> 3 Ore <input type="checkbox"/> 4 Giorni	

Fibrillazione atriale - Aritmia cardiaca

x0af07	Ha sofferto di extrasistole, battito cardiaco irregolare, tachicardia o palpitazioni? INT: Schnelleres Herzklopfen, das durch Aufregung verursacht ist, ist nicht mit einzuberechnen.	x0af07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af08					
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07a, x0af07b	Anno <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
	Descriva il tipo di aritmia cardiaca	x0af07c	_____							

Fibrillazione atriale - Cure

x0af08	È già stato/a sottoposto/a ad una terapia con elettroshock per via di un' aritmia cardiaca?	x0af08	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
---------------	---	--------	--	--

x0af09	<p>È insorto uno svenimento con arresto cardiaco?</p> <p>INT: Non si intende una perdita dei sensi ma una sincope a causa di un arresto cardiaco, fibrillazione ventricolare o altre aritmie cardiache, che mettono in pericolo la vita.</p> <p>Im Falle einer Bewusstlosigkeit im Rahmen eines Unfalls: Falls die Bewusstlosigkeit die Ursache des Unfalls war, d.h. Dem Unfall vorausging, bitte "ja" antworten, wenn die Bewusstlosigkeit Folge des Unfalls war, bitte "nein" antworten.</p>	x0af09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af10
	Si trovava sotto sforzo fisico o mentale?	x0af09a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0af10	<p>È mai stato rianimato da un medico, un sanitario o da un'altra persona?</p> <p>INT: Gemeint ist eine Herzdruck-massage aufgrund eines Herzstill-standes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung</p>	x0af10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0af11	Lei porta un pacemaker o un defibrillatore impiantato?	x0af11	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		

Malattie al cuore - Altre

x0af12	Soffre o ha sofferto di altre malattie al cuore di cui non abbiamo ancora parlato?	x0af12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
	Descriva la malattia al cuore in maniera possibilmente accurata:	x0af12a	_____		

Coaguli - Arterie

x0ci01	Un medico le ha mai detto che ha una zoppia o una malattia arteriosa periferica (cattiva circolazione alle gambe, arterie delle gambe bloccate o ristrette)? INT: Escludendo flebite e vene varicose	x0ci01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ci03
x0ci03	Per le condizioni sopra descritte è mai stato sottoposto a: Un'angiografia (mezzo di contrasto iniettato nelle arterie delle gambe)?	x0ci02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci03	Per le condizioni sopra descritte è mai stato sottoposto a: Un'angioplastica (palloncino-stent per aprire un blocco)?	x0ci02b	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci03	Per le condizioni sopra descritte è mai stato sottoposto a: Un intervento chirurgico per migliorare la circolazione nelle gambe (escludendo la chirurgia per le vene varicose)?	x0ci02c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

Coaguli - Vene

x0ci03	Ha mai avuto le vene varicose nelle gambe (escluso il periodo della gravidanza)?	x0ci03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci04	Ha mai avuto la flebite alle vene superficiali delle gambe?	x0ci04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci05	Un medico le ha mai detto che lei ha avuto un embolo polmonare o un coagulo di sangue nei polmoni?	x0ci05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci06	Un medico le ha mai detto che lei ha avuto la trombosi venosa profonda o dei coaguli di sangue alle gambe?	x0ci06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	È mai stato trattato da un medico o da un'infermiera con iniezioni, a domicilio o in ambulatorio (di solito seguite dall'assunzione di farmaci anticoagulanti come Coumadin, Warfarin) , per dei coaguli di sangue alle gambe o trombosi venosa profonda o TVP?	x0ci06a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

	Ha mai fatto esami ambulatoriali (p. es. esame doppler) per coaguli alle gambe o trombosi venosa profonda o TVP?	x0ci06b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
--	---	---------	--	--

Ictus - TIA

x0st21	Le hanno mai diagnosticato un attacco ischemico transitorio (TIA)?	x0st21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st00
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st21a	Anno	_ _ _ _	
	Descriva la situazione di allora in maniera possibilmente accurata:	x0st21c	_____		

Ictus

x0st00	Ha mai avuto un ictus accertato da un medico?	x0st00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st07
x0st06a	Quando ha avuto il primo ictus?	x0st06a x0st06b	_ _ _ _ . _ _ _ _ _ M M Y Y Y Y		

Ictus - Sintomi

x0st07	Ha mai avuto un'improvvisa perdita o alterazione della parola della durata di 24 o più ore?	x0st07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st08
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st07a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0st08	Ha mai avuto una improvvisa perdita o annebbiamento della vista della durata di 24 ore o più?	x0st08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st09
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st08a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0st09	Ha mai avuto un improvviso sdoppiamento della vision della durata di 24 ore o più?	x0st09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st10
x0st09a	Chiudendo un occhio la vision doppia è andata via?		<input type="checkbox"/> 1 Sì		
		x0st09a	<input type="checkbox"/> 2 No		x0st10
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st09b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

Ictus - Sintomi2

x0st10	Ha mai avuto un improvviso addormentamento, formicolio o insensibilità in metà del corpo, compreso volto, braccio o gamba, della durata di 24 ore o più?	x0st10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st11
	La sensazione di addormentamento o formicolio era comparsa tenendo le braccia o le gambe in una particolare posizione?		<input type="checkbox"/> 1 Sì		x0st11
		x0st10a	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st10b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0st11	Ha mai avuto un episodio improvviso di paralisi o debolezza in metà del corpo incluso il volto, braccio e gamba, che sia durato 24 ore o più?	x0st11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st12
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st11a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0st12	Ha mai avuto la sensazione di instabilità, perdita di equilibrio o sensazione di "rotazione" della durata di 24 ore o più?	x0st12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	L'instabilità, la perdita di equilibrio o la sensazione di rotazione si sono presentate durante il cambiamento di posizione della testa o del corpo?	x0st12a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		

Neurologia - Epilessia

x0ne09	Un medico le ha mai diagnosticato epilessia?	x0ne09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne10
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta epilessia? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne09a	Anno	_ _ _ _		
x0ne10	Un medico le ha mai diagnosticato convulsioni febbrili (di solito da bambini)? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne02
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta convulsioni febbrili? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne10a	Anno	_ _ _ _		

Neurologia - Tremori

x0ne02	Trema in maniera incontrollabile? INT: auch: Schrift im Vergleich zu früher zittriger oder kleiner geworden.	x0ne02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0pk01
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne03
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne02b	Anno	_ _ _ _		
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne02d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 4 Non lo so			
x0ne03	Dove trema (braccia, gambe, testa, ...):	x0ne03a	_____			
	Trema a riposo, ad esempio quando sta seduto sul divano a vedere la televisione?	x0ne03b	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		

	Trema in movimento o in determinate posture, ad esempio se tiene una tazza, un bicchiere o il cucchiaino per la minestra? (tremore posturale-cinetico)	x0ne03c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
--	--	---------	---	--

Neurologia - Parkinson

x0pk01	Ha o ha avuto problemi ad alzarsi da una sedia?	x0pk01	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk02	La Sua scrittura è diventata più piccola rispetto a prima?	x0pk02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk03	Qualcuno Le ha detto che la Sua voce è più bassa di prima?	x0pk03	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk04	Ha o ha mai avuto la sensazione d'instabilità quando in piedi?	x0pk04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk05	Ha mai avuto l'impressione che i suoi piedi sembrano "incollati" al pavimento?	x0pk05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk06	Qualcuno Le ha detto che il Suo viso è meno espressivo di una volta?	x0pk06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk07	Le Sue braccia o le Sue gambe tremano?	x0pk07	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk08	Le capita di avere difficoltà a sbottonare i bottoni?	x0pk08	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk09	I suoi piedi strisciano nel camminare o fa passi più piccoli di prima?	x0pk09	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk10	Qualcuno Le ha mai detto che lei ha il morbo di Parkinson?	x0pk10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk11	Ha mai assunto farmaci come Sinemet o Madopar?	x0pk11	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

Neurologia - Perdita di memoria

x0ne06	Nota perdita della memoria (anche disturbi dell'orientamento)? P.es. perdersi nei tragitti conosciuti INT: M. Alzheimer	x0ne06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne07
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne06a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne07

	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne06b	Anno	_ _ _ _	
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne06d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		

Neurologia - Sclerosi multipla

x0ne07	Un medico le ha mai diagnosticato sclerosi multipla?	x0ne07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne08
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta sclerosi multipla? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne07a	Anno <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			

Neurologia - KTS

x0ne08	Soffre di disagi, formicolii o dolori (acuti) alla mano? INT: Karpaltunnelsyndrom, Kompressionsneuropathie des N. medianus im Handgelenk	x0ne08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne21
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne08a	Anno	_ _ _ _		

Neurologia - Altro

x0ne21	Soffre di altri sintomi o malattie neurologiche di cui non abbiamo ancora parlato? INT: Depression und Unruhe sind auszuschließen.	x0ne21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0ne21e	Descriva la malattia neurologica in maniera possibilmente accurata:	x0ne21e	<div></div>		
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne21a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne22
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne21b	Anno	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	

	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne21d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
x0ne22	Ha un'altra malattia neurologica di cui non abbiamo ancora parlato	x0ne22	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0ne22e	Descriva la malattia neurologica in maniera possibilmente accurata:	x0ne22e	_____		
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne22a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Da quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne22b	Anno	_ _ _	
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne22d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		

Emicrania

x0mg01	Negli ultimi 12 mesi ha avuto mal di testa?	x0mg01	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0mg02a	Si riferisca alla lista 24: Con che frequenza ha avuto mal di testa negli ultimi 3 mesi?	x0mg02a	<input type="checkbox"/> 1 Raramente o mai (al massimo 1 giorno al mese) <input type="checkbox"/> 2 Sporadicamente (da 2 a 4 giorni al mese) <input type="checkbox"/> 3 Spesso (da 5 a 15 giorni al mese) <input type="checkbox"/> 4 In modo cronico (più di 15 giorni al mese)	
x0mg04	Si riferisca alla lista 25: Quanto a lungo dura il mal di testa, se non assume un medicinale o se il trattamento non ha successo?	x0mg04	<input type="checkbox"/> 1 Fino a 30 minuti <input type="checkbox"/> 2 Più di 30 minuti fino a 4 ore <input type="checkbox"/> 3 Più di 4 ore fino a 3 giorni <input type="checkbox"/> 4 Più di 3 fino a 7 giorni <input type="checkbox"/> 5 Più di 7 giorni <input type="checkbox"/> 6 Non lo so	

Emicrania - Caratteristiche

x0mg05	Per favore indichi quali delle seguenti caratteristiche del mal di testa corrispondono alle sue. Lei ha mal di testa.... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Lei ha mal di testa" beginnen.		<div style="text-align: right;">Sì No</div>	
		x0mg05	limitato ad una metà della testa? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	
		x0mg06	che si manifesta su entrambi le parti della testa? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	
		x0mg07	con carattere pulsante o palpitante? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	
		x0mg08	con carattere ottuso, opprimente, come una corda che stringe intorno al capo? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	
		x0mg09	che si manifesta all'improvviso in un unico punto della testa e si protrae in maniera acuta solo per pochi secondi? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	
		x0mg10	che ostacola le sue abituali attività quotidiane? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	
		x0mg11	che si infittisce attraverso sforzo fisico, p.es. fare le scale? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	
		x0mg12	accompagnato da nausea? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div>	

		x0mg13	accompagnato da vomito? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg14	accompagnato da ipersensibilità acustica? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg15	accompagnato da ipersensibilità visiva? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg16	accompagnato da ipersensibilità olfattiva? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg17	accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg18	accompagnato da occhi rossi o lacrimanti oppure da naso colante dalla parte della testa colpita dal mal di testa? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg19	accompagnato da debolezza, da paralisi o sensazione di intorpidimento di un braccio o di una gamba, oppure da disturbi del linguaggio? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg20	che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di svegliarla? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Emicrania - Intensità

x0mg21	Da quanti anni soffre di mal di testa? Per favore specifichi il tempo corrispondente in anni.	x0mg21	<input type="text"/> <input type="text"/>	
x0mg22	Come classificherebbe l'intensità del mal di testa in media?	x0mg22	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte	

Dolori - Mal di schiena

x0pn00	Lei soffre di dolore in generale (escluso il mal di testa) da più di 6 mesi in maniera ricorrente?	x0pn00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0pn01	Soffre di dolori alla schiena?	x0pn01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn11
x0pn05a	Localizzazione dei dolori (vedi immagine)		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div>		
		x0pn05a	lombare	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0pn05b	toracica	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0pn05c	cervicale	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0pn06a	Il dolore si diffonde nel braccio o nella gamba?		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div>		
		x0pn06a	Gamba	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0pn06b	Braccio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0pn02a	Da quando sono presenti i dolori alla schiena?	x0pn02a	_ _ mesi		
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn02b	_ _ anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn03a	_ _ giorni/mese		
		x0pn03b	_ _ giorni/anno		
	Quanto forti sono i dolori?	x0pn04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte		

Dolori - Articolazioni

x0pn11	Soffre di dolori alle articolazioni?	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn21
	Da quando sono presenti i dolori alle articolazioni?	x0pn12a	_ _ mesi		
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn12b	_ _ anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn13a	_ _ giorni/mese		
		x0pn13b	_ _ giorni/anno		
x0pn14	Quanto forti sono i dolori alle articolazioni?	x0pn14	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte		

	Quali articolazioni riguardano?	x0pn15		
--	---------------------------------	--------	--	--

Dolori - Altro

x0pn21	Soffre di altri dolori (p.es. mal di pancia, dolori mestruali, mal di denti)?	x0pn21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn30	
	Da quando sono presenti questi dolori? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn22a x0pn22b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>mesi</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>anni</div> </div>			
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn23a x0pn23b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>giorni/mese</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>giorni/anno</div> </div>			
x0pn24	Quanto forti sono i dolori?	x0pn24	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte			
	Descrizione/localizzazione:	x0pn25				

Dolori - Dolore principale

x0pn30	Qual è il dolore principale?	x0pn30				
x0pn31	Quanto grande è la compromissione della vita quotidiana causata dal dolore/dai dolori?	x0pn31	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = nessuna compromissione... 10 = compromissione molto elevata			

Altro - Incidenti

x0ot01	Ha avuto una lesione permanente causata da un infortunio o incidente stradale?	x0ot01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ot11
x0ot01a	Descrizione della lesione:	x0ot01a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot01b	Anno	_ _ _ _	
	Ha avuto un'altra lesione permanente causata da un infortunio?	x0ot02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot11
x0ot02a	Descrizione della lesione:	x0ot02a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot02b	Anno	_ _ _ _	
	Ha avuto un'altra lesione permanente causata da un infortunio?	x0ot03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot11
x0ot03a	Descrizione della lesione:	x0ot03a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot03b	Anno	_ _ _ _	
	Ha avuto un'altra lesione permanente causata da un infortunio?	x0ot04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot11
x0ot04a	Descrizione della lesione:	x0ot04a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04b	Anno	_ _ _ _	

Altro - Malattie

x0ot11	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ot21
x0ot11a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot11a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot11b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot12a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot12a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot12b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot13a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot13a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot13b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot14	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot14a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot14a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot14b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot15	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot15a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot15a	_____		

	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot15b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot16	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot16a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot16a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot16b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot17	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot17a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot17a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot17b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot18	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot18a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot18a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot18b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot19	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot19a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot19a	_____		
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot19b	Anno	_ _ _ _	
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot20	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21

x0ot20a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot20a	_____	
	Da quando ne soffre? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot20b	Anno _ _ _ _	

Altro - Interventi

x0ot21	È stato sottoposto ad interventi chirurgici di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0ot21a	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot21a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot21b	Anno	_ _ _ _	
	È stato sottoposto ad un altro intervento chirurgico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot22	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0ot22a	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot22a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot22b, x0ot22c	Anno	_ _ _ _	
	È stato sottoposto ad un altro intervento chirurgico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot23	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0ot23a	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot23a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot23b, x0ot23c	Anno	_ _ _ _	
	È stato sottoposto ad un altro intervento chirurgico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot24	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0ot24a	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot24a	_____		
	Quando? (Anno) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot24b, x0ot24c	Anno	_ _ _ _	
	INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.				

Algometro

	<p><i>In questo test viene misurata la sua sensibilità al dolore in seguito alla pressione. Tra poco appoggerò il misuratore di pressione sul polpastrello del suo dito, aumentando progressivamente la pressione. Questo inizialmente causerà solamente una sensazione di peso ed ad un certo punto la pressione diventerà dolorosa. Dica subito "Stop" nel momento in cui non prova più solo pressione, ma anche dolore. Non aspetti fino a quando il dolore diventa insopportabile, ma dica "Stop" appena inizia a provare dolore. Ora le farò una dimostrazione sul dito medio e poi sarà fatta la misurazione vera e propria sull'indice sinistro.</i></p>			
	Inserire valore in kg	x0am01	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div>	

Cognizione – Orientamento

In use since 2014-09-01

	<i>Ora le farò alcune domande per testare la sua memoria e la sua concentrazione. Alcune domande saranno semplici, altre più difficili.</i>				
x0mm01				Giusto Sbagliato	
		x0mm01	In che anno siamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm02	In che stagione siamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm03	In che mese siamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm04	Mi dica la data di oggi?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm05	Che giorno della settimana è oggi?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0mm06	Dove siamo adesso?			Giusto Sbagliato	
		x0mm06	Mi dica in che nazione siamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm07	In quale provincia siamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm08	In quale città ci troviamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm09	Mi dica il nome del luogo in cui ci troviamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm10	A che piano siamo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Cognizione – Memoria

	<p><i>Ora le dirò tre parole. Dopo che le ho dette, le vorrei chiedere di ripetere queste parole. Provi a memorizzarle; tra pochi minuti le chiederò di ricordarsi di queste parole.</i></p> <p><i>Si ricordi le seguenti parole: PANE - CASA – GATTO</i></p> <p>INT: Die erste Wiederholung ergibt die Punktzahl [1 Punkt pro genanntes Wort]. Werden nicht alle Wörter im ersten Versuch nachgesprochen, wiederholen Sie die Begriffe bis zu 6 Mal, bis alle Wörter gelernt sind.</p>				
x0mm11				Giusto Sbagliato	
		x0mm11	PANE	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm12	CASA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm13	GATTO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	Numero di tentativi:	x0mm31			<input type="text"/>

	<i>Ora le dirò una parola. Per favore, la scandisca in avanti e al contrario. La parola è CARNE. La può scandire in avanti?</i>					
INT: Wiederholen Sie das Wort wenn nötig und helfen Sie, wenn nötig, beim Vorwärtsbuchstabieren.						
x0mm14	Ora la scandisca al contrario: INT: Bewertung: Anzahl richtiger Buchstaben in der korrekten Reihenfolge			Giusto	Sbagliato	
		x0mm14	E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm15	N	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm16	R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm17	A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm18	C	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
x0mm19	Quali sono state le tre parole che le ho chiesto di ricordare? INT: Die Reihenfolge muß nicht eingehalten werden	x0mm19	PANE CASA GATTO	Giusto	Sbagliato	
		x0mm20		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm21		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

Cognizione – Linguaggio

x0mm22	<p>Cos'è questo? (INT: Zeigen Sie der Testperson ihre Armbanduhr)</p> <p>E questo? (INT: Zeigen Sie der Testperson einen Bleistift)</p>	<p>x0mm22</p> <p>x0mm23</p>	<p>Orologio</p> <p>Matita</p>	<p>Giusto</p> <p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>1</p>	<p>Sbagliato</p> <p><input type="checkbox"/>2</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>	
x0mm24	<p>Ripeta questa frase:</p> <p>INT: Der Satz muss unmittelbar nachgesprochen werden, nur 1 Versuch ist erlaubt.</p>	<p>x0mm24</p>	<p>"Tigre contro tigre"</p>	<p>Giusto</p> <p><input type="checkbox"/>1</p>	<p>Sbagliato</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>	
x0mm25	<p>Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio.</p> <p>INT: 1 Punkt wird nur dann gegeben, wenn die Augen wirklich geschlossen sind.</p>	<p>x0mm25</p>	<p>(Auf dem Blatt steht: CHIUDA GLI OCCHI)</p>	<p>Giusto</p> <p><input type="checkbox"/>1</p>	<p>Sbagliato</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>	

x0mm26	<p>Scriva una frase completa su questo foglio.</p> <p>INT: Es darf kein Satz diktiert werden, die Ausführung muss spontan erfolgen. Der Satz muss Subjekt und Prädikat enthalten und sinnvoll sein. Korrekte Grammatik und Interpunktion ist nicht gefordert. Das Schreiben von Namen und Anschrift ist nicht ausreichend.</p>	x0mm26	Frase completa	Giusto <input type="checkbox"/> 1	Sbagliato <input type="checkbox"/> 2	
x0mm27	<p>Per favore, copi questo disegno.</p> <p>INT: Auf einem Blatt Papier sind 2 sich überschneidende Fünfecke dargestellt, die Testperson soll diese so exakt wie möglich abzeichnen. Richtig ist, wenn die zwei sich überlappenden Fünfecke ein Viereck bilden und alle Ecken der Fünfecke vorhanden sind.</p>	x0mm27	Disegno copiato	Giusto <input type="checkbox"/> 1	Sbagliato <input type="checkbox"/> 2	
x0mm28	<p>Lei è mancino o destrimano? Ora le darò un foglio. Prenda il foglio con la mano sinistra/destra (la mano non dominante), - lo pieghi a metà - e lo metta sul tavolo.</p> <p>INT: Lesen Sie zuerst die vollständige Instruktion und reichen Sie erst dann der Testperson das Blatt mit beiden Händen. Wiederholen Sie weder die Instruktion, noch leiten Sie die Testperson an.</p>	x0mm28 x0mm29 x0mm30	Mano non dominante Piegato a metà Messo sul tavolo	Giusto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	Sbagliato <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	

Test olfattivo – Generale

In use since 2014-09-01

	<p><i>Ora testeremo il suo olfatto. Questo avverrà con l'aiuto di pennarelli olfattivi ("Sniffin'Sticks"). Lei annuserà a questi sticks che contengono varie fragranze in concentrazione nè tossica, nè nociva alla salute. Se non riesce a percepire nessun odore, la preghiamo semplicemente di indovinare la risposta. Nell'interpretazione del test viene tenuto conto che le abbiamo chiesto di prendere una decisione in ogni caso.</i></p>				
x0ss00	Al momento ha ... il raffreddore?	x0ss00a	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	end
	il raffreddore da fieno?	x0ss00b	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	end
	soffre di sinusite?	x0ss00c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	end

Test olfattivo – Dettagli

x0ss22	La prego di valutare la sensibilità del suo olfatto. Questo è ridotto o lei è ipersensibile?		<input type="checkbox"/> 1 Ridotto			
		x0ss22	<input type="checkbox"/> 2 Normale <input type="checkbox"/> 3 Ipersensibilità			x0ss23
	Questa riduzione dell'olfatto (ossia la perdita dell'olfatto) è avvenuta dopo un' infezione virale o una sinusite?	x0ss22a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ss23	Lei è stato sottoposto a un intervento ai seni paranasali o per polipi nasali (anche da bambino o adolescente)?		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No Non lo so </div>			
		x0ss23a	Seni paranasali	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		x0ss23b	Polipi nasali	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
x0ss24	Ha mai avuto una frattura cranica?	x0ss24	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Localizzazione della frattura cranica INT: p.es. frattura cranio-facciale, frattura della volta cranica o della base cranica	x0ss24a	<hr/>			

Test olfattivo – Test1

	<p><i>Quanto è bravo/a a riconoscere gli odori? Le presenterò 16 odori che le sono noti dalla vita quotidiana. Lei dovrà assegnare a ogni odore uno dei quattro termini della lista - quello che lo descrive meglio.</i></p> <p>INT: Die Riechstoffe sollen dem Probanden nacheinander für ca. 3 Sekunden bei geschlossenen Augen mit ca. 2 cm Abstand unter die Nase gehalten werden. Der Proband soll dann spontan entscheiden, welche der vier ihm genannten Auswahlmöglichkeiten jeweils zutrifft. Weiß der Proband die richtige Antwort nicht, so muss er raten.</p>			
x0ss01	Sniffin'Stick 1	x0ss01	<input type="checkbox"/> 1 Arancia <input type="checkbox"/> 3 Fragola <input type="checkbox"/> 2 Mora <input type="checkbox"/> 4 Ananas	
	Sniffin'Stick 2	x0ss02	<input type="checkbox"/> 1 Fumo <input type="checkbox"/> 3 Cuoio <input type="checkbox"/> 2 Colla <input type="checkbox"/> 4 Erba	
	Sniffin'Stick 3	x0ss03	<input type="checkbox"/> 1 Miele <input type="checkbox"/> 3 Cioccolata <input type="checkbox"/> 2 Vaniglia <input type="checkbox"/> 4 Cannella	
	Sniffin'Stick 4	x0ss04	<input type="checkbox"/> 1 Erba cipollina <input type="checkbox"/> 3 Abete <input type="checkbox"/> 2 Menta <input type="checkbox"/> 4 Cipolla	
	Sniffin'Stick 5	x0ss05	<input type="checkbox"/> 1 Cocco <input type="checkbox"/> 3 Noce <input type="checkbox"/> 2 Banana <input type="checkbox"/> 4 Ciliegia	
	Sniffin'Stick 6	x0ss06	<input type="checkbox"/> 1 Pesca <input type="checkbox"/> 3 Limone <input type="checkbox"/> 2 Mela <input type="checkbox"/> 4 Pompelmo	
	Sniffin'Stick 7	x0ss07	<input type="checkbox"/> 1 Liquirizia <input type="checkbox"/> 3 Gomma da masticare <input type="checkbox"/> 2 Orsetti di gomma <input type="checkbox"/> 4 Biscotti	
	Sniffin'Stick 8	x0ss08	<input type="checkbox"/> 1 Senape <input type="checkbox"/> 3 Mentolo <input type="checkbox"/> 2 Gomma <input type="checkbox"/> 4 Trementina	

Test olfattivo – Test2

x0ss09	Sniffin'Stick 9	x0ss09	<input type="checkbox"/> 1 Cipolla <input type="checkbox"/> 3 Aglio <input type="checkbox"/> 2 Crauti <input type="checkbox"/> 4 Carota	
	Sniffin'Stick 10	x0ss10	<input type="checkbox"/> 1 Sigaretta <input type="checkbox"/> 3 Vino <input type="checkbox"/> 2 Caffè <input type="checkbox"/> 4 Fumo	
	Sniffin'Stick 11	x0ss11	<input type="checkbox"/> 1 Melone <input type="checkbox"/> 3 Arancia <input type="checkbox"/> 2 Pesca <input type="checkbox"/> 4 Mela	
	Sniffin'Stick 12	x0ss12	<input type="checkbox"/> 1 Chiodo di garofano <input type="checkbox"/> 3 Cannella <input type="checkbox"/> 2 Pepe <input type="checkbox"/> 4 Senape	
	Sniffin'Stick 13	x0ss13	<input type="checkbox"/> 1 Pera <input type="checkbox"/> 3 Pesca <input type="checkbox"/> 2 Prugna <input type="checkbox"/> 4 Ananas	
	Sniffin'Stick 14	x0ss14	<input type="checkbox"/> 1 Camomilla <input type="checkbox"/> 3 Rosa <input type="checkbox"/> 2 Lampone <input type="checkbox"/> 4 Ciliegia	
	Sniffin'Stick 15	x0ss15	<input type="checkbox"/> 1 Anice <input type="checkbox"/> 3 Miele <input type="checkbox"/> 2 Rum <input type="checkbox"/> 4 Abete	
	Sniffin'Stick 16	x0ss16	<input type="checkbox"/> 1 Pane <input type="checkbox"/> 3 Formaggio <input type="checkbox"/> 2 Pesce <input type="checkbox"/> 4 Prosciutto	

Famiglia

	Le prossime domande riguardano i suoi genitori e nonni.			
	Quando è nato/a? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.		<div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>	
fh01	Qual è il nome e cognome di sua madre?			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	Quando è nata? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		<div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>	
fh02	Qual è il nome e cognome della madre di sua madre? (Nonna materna)			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	Quando è nata? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		<div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>	
fh03	Qual è il nome e cognome del padre di sua madre? (Nonno materno)			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		<div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>	
fh04	Qual è il nome e cognome di suo padre?			
	Da dove proviene? (Luogo)			

	<p>Quando è nato? (Data)</p> <p>oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.</p>		<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>DD</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>MM</div>
--	---	--	--

YYYY

Anno