

## 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 - ELETROCARDIOGRAMMA .....	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

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

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. Nutition 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

	<p><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>	
	<p><i>Innanzi tutto, consente la registrazione dell'intervista? Questo è importante per garantire la qualità.</i></p> <p><b>INT:</b> Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen.</p> <p>Starten Sie die Aufnahme.</p>	
<b>x0_opint</b>	<p><b>INT:</b> Bitte geben Sie ihren Namen an.</p> <p>x0_opint</p> <p>x0_opinta</p>	<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 <p>Sonstiges _____</p>

## **Persona - Nascita**

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

## **Persona - Famiglia**

<b>x0pe02</b>	Quanti fratelli e quante sorelle ha o ha avuto (inclusi i possibili fratelli o sorelle deceduti/e), lei stesso escluso?  <b>INT:</b> Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.	x0pe02a	Numero dei fratelli	_____	if x0pe02= 0 <b>x0pe06</b>
		x0pe02b	Numero delle sorelle	_____	
	Quanti fratelli sono ancora in vita?	x0pe02c		_____	
	Quante sorelle sono ancora in vita?	x0pe02d		_____	
<b>x0pe04</b>	Lei è gemello o parte di un parto gemellare?	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0pe06</b>	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		
<b>x0pe11</b>	Quanti figli e quante figlie ha?  <b>INT:</b> Gemeint sind nur lebende Kinder.	x0pe11a	Quanti figli maschi?	_____	
		x0pe11b	Quante figlie femmine?	_____	

## Persona - Educazione

<b>xope08</b> <p>Si riferisca alla lista 2: Qual è il suo più alto titolo di studio conseguito?</p>	xope08	<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	
<b>xope09</b> <p>Complessivamente per quanti anni ha frequentato la scuola (dalla prima classe elementare)?</p> <p><b>INT:</b> Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium. Es zählen nur vollendete Jahre.</p>	xope09	__ __	

## **Occupazione - Attività**

	<i>Le prossime domande si riferiscono al Suo lavoro.</i>			
<b>x0oc00</b>	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 <hr/> <input type="checkbox"/> 3 Sì, irregolarmente o occasionalmente <input type="checkbox"/> 4 No	<b>x0oc01</b>
	Qual è l'indirizzo del suo attuale posto di lavoro?		Via/Piazza e numero civico: _____  CAP: _____  Comune ed eventuale frazione _____  Provincia _____  Stato _____	<b>x0oc13</b>

## **Occupazione - Attività attuale**

<b>x0oc01</b>	In passato ha svolto una professione?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	if age <= 75 <b>x0oc10</b> if age > 75 <b>x0oc13</b>
<b>x0oc01a</b>	Fino a quale anno ha avuto regolarmente un impiego?	x0oc01a	Anno	_ _ _ _ _	if age > 75 <b>x0oc13</b>
<b>x0oc10</b>	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 <b>x0oc13</b> if x0oc01 = 2 <b>x0rh01</b>
<b>x0oc11</b>	Da quando lei è disoccupato/a senza interruzioni?	x0oc11a, x0oc11b		_ _  .  _ _ _ _ _	
				Mese	Anno
<b>x0oc13</b>	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	<b>x0oc02</b> if x0oc01 = 2 <b>x0rh01</b>

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

## Occupazione - Ex attività

<b>x0oc02</b>	Si riferisca alla lista 5: Quale professione/attività ha svolto per almeno 1 anno?  <b>INT:</b> 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  <b>INT:</b> 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	<b>x0oc08</b>
<b>x0oc03</b>	Si riferisca alla lista 5: Quale?  <b>INT:</b> 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 _____	

	<p>Da quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino a quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino ad ora</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0oc03c x0oc03d	<p>Da (anno) _____</p> <p>A (anno) _____</p> <p><input type="checkbox"/>1 fino ad ora    <input type="checkbox"/>2 {No}</p>	
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0oc08</b>
<b>x0oc04</b>	<p>Si riferisca alla lista 5: Quale?</p> <p><b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.</p>	x0oc04a x0oc04b	<p><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)</p> <p>Altro _____</p>	
	<p>Da quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino a quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino ad ora</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0oc04c x0oc04d	<p>Da (anno) _____</p> <p>A (anno) _____</p> <p><input type="checkbox"/>1 fino ad ora    <input type="checkbox"/>2 {No}</p>	
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0oc08</b>
<b>x0oc05</b>	<p>Si riferisca alla lista 5: Quale?</p> <p><b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.</p>	x0oc05a x0oc05b	<p><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)</p> <p>Altro _____</p>	
	<p>Da quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino a quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino ad ora</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0oc05c x0oc05d	<p>Da (anno) _____</p> <p>A (anno) _____</p> <p><input type="checkbox"/>1 fino ad ora    <input type="checkbox"/>2 {No}</p>	
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0oc08</b>
<b>x0oc06</b>	<p>Si riferisca alla lista 5: Quale?</p> <p><b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.</p>	x0oc06a x0oc06b	<p><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)</p> <p>Altro _____</p>	

	<p>Da quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino a quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino ad ora</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0oc06c x0oc06d	<p>Da (anno)</p> <p>A (anno)</p> <p><input type="checkbox"/>1 fino ad ora    <input type="checkbox"/>2 {No}</p>	__ __ __ __	
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc07	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		<b>x0oc08</b>
<b>x0oc07</b>	<p>Si riferisca alla lista 5: Quale?</p> <p><b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.</p>	x0oc07a x0oc07b	<p><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)</p> <p>Altro _____</p>		
	<p>Da quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino a quando (anno) ha svolto questa attività?</p> <p>Fino ad ora</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0oc07c x0oc07d	<p>Da (anno)</p> <p>A (anno)</p> <p><input type="checkbox"/>1 fino ad ora    <input type="checkbox"/>2 {No}</p>	__ __ __ __	
<b>x0oc08</b>	Si riferisca alla lista 6: Come classificherebbe la sua professione ossia la sua attività principale?	x0oc08	<p><input type="checkbox"/>1 Come lavoro fisico pesante</p> <p><input type="checkbox"/>2 Come lavoro fisico mediamente pesante</p> <p><input type="checkbox"/>3 Come lavoro fisico leggero</p> <p><input type="checkbox"/>4 Nessuno lavoro fisico degno di nota</p>		

## 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	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh02	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh03	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh04	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh05	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh06	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh07	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh08	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh09	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ➔
x0rh10	_____	_____   <input type="checkbox"/> 1	

end

## Esposizione - Giardino

	<i>Le prossime domande riguardano l'esposizione a fattori di rischio ambientale.</i>				
<b>x0ex10</b>	Lei coltiva la terra (fa lavori di giardiaggio, anche in un orticello)?	x0ex10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0ex12</b>
<b>x0ex11</b>	Utilizza pesticidi (insetticida, erbicida, fungicida)?	x0ex11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0ex12</b>
<b>x0ex11a</b>	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

<b>x0ex12</b>	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	<b>x0ex13</b>
<b>x0ex12a</b>	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		
<b>x0ex13</b>	Nel suo appartamento/nella sua casa fa o ha fatto uso di preservanti del legno?  <b>INT:</b> Gemeint sind Holzimprägnierungsmittel, Lack, Holzkittlösungen	x0ex13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0ex21</b>
<b>x0ex13a</b>	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

<b>x0ex21</b>	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	
<b>x0ex20</b>	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**

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua nascita e sviluppo.</i>				
<b>x0bi01a</b>	Conosce il Suo peso alla nascita esatto?	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Esattamente <input type="checkbox"/> 2 Circa <hr/>	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0bi03</b>
	Qual era il suo peso alla nascita?  <b>INT:</b> 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

<b>x0bi03</b>	Lei è nato pre- o postmaturo?  <b>INT:</b> Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi03	<input type="checkbox"/> 1 Prematuro <hr/> <input type="checkbox"/> 2 Normale	
			<input type="checkbox"/> 3 Postmaturo <input type="checkbox"/> 4 Non lo so	<b>x0bi04</b>
<b>x0bi02a</b>	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	<b>x0bi04</b>
	In quale settimana di gravidanza si trovava sua madre al momento della nascita?  <b>INT:</b> Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02		

## Sviluppo - Nascita

<b>x0bi04</b>	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			
<b>x0bi05</b>	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			
<b>x0bi06</b>	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	<b>end</b>
	Quali?	x0bi06a				

## Donne - Menarca

	<i>Le seguenti domande riguardano la sfera ginecologica.</i>			if male end
<b>x0wo01</b>	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	<b>x0wo03</b>
	A quale età ha avuto la prima mestruazione?	x0wo01b	Età (Anni) <input type="text"/>   <input type="text"/>	

## Donne - Contraccettivi

<b>x0wo03</b>	Attualmente fa uso di contraccettivi ormonali? (Si intende pillola anticoncezionale, implanon, iniezione contraccettiva dei 3 mesi o anello vaginale ormonale)  <b>INT:</b> Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.		<input type="checkbox"/> 1 Sì		<b>x0wo04a</b>
		x0wo03	<input type="checkbox"/> 6 No		
			<input type="checkbox"/> 2 Preferisco non rispondere		if age<=55y <b>x0wo05</b> if age>55y <b>x0wo12</b>
<b>x0wo02</b>	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 <b>x0wo05</b> if age>55y <b>x0wo12</b>
<b>x0wo04</b>	Per quanti anni o mesi ha fatto uso di contraccettivi ormonali?  <b>INT:</b> 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 x0wo04b	<input type="text"/>   <input type="text"/> Numero di mesi		if age>55y <b>x0wo12</b>

## Donne - Gravidanza

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

	In quale settimana di gravidanza si trova?	x0wo05a	__ __			
<b>x0wo12</b>	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	<b>x0wo06</b>
<b>x0wo12a</b>	Quanti figli ha dato alla luce, inclusi bambini nati morti? <b>INT:</b> Definition stillbirth: Birth of a dead fetus after a pregnancy of at least 28 weeks (or 7 months).	x0wo12a	__ __			

## Donne - Mestruazioni

<b>x0wo06</b>	Ha ancora le mestruazioni? <b>INT:</b> Gemeint ist das endgültige Ausbleiben Ihrer Regelblutung	x0wo06	<input type="checkbox"/> 1 Sì			<b>end</b>
			<input type="checkbox"/> 6 No			
			<input type="checkbox"/> 7 Non lo so			<b>end</b>
	Quando sono cessate le mestruazioni? (età)	x0wo07	Età (Anni)	__ __		
<b>x0wo08</b>	Per quale motivo sono venute a mancare le mestruazioni?  Specificare l'altro motivo		<input type="checkbox"/> 1 Menopausa			
			<input type="checkbox"/> 2 Operazione			
		x0wo08a	<input type="checkbox"/> 3 Altro motivo			<b>end</b>
<b>x0wo09</b>	Attualmente fa uso di preparati ormonali sostitutivi (per via della menopausa)?  <b>INT:</b> 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			<b>x0wo11</b>
			<input type="checkbox"/> 6 No			
			<input type="checkbox"/> 7 Non lo so			<b>x0wo11</b>
<b>x0wo10</b>	Ha mai fatto uso di preparati ormonali sostitutivi per la menopausa?  <b>INT:</b> 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	<b>end</b>

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

# Nutrition (DAIMON)

In use until 2014-05-16

	Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?						
	<b>INT:</b> 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	
<b>x0fd01</b>	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
<b>x0fd02</b>	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
<b>x0fd03</b>	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
<b>x0fd04</b>	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
<b>x0fd05</b>	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
<b>x0fd06</b>	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
<b>x0fd07</b>	(Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?)						
	<b>INT:</b> 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	
<b>x0fd07</b>	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
<b>x0fd08</b>	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
<b>x0fd09</b>	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
<b>x0fd10</b>	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
<b>x0fd11</b>	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
<b>x0fd12</b>	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
<b>x0fd13</b>	(Si riferisca alla lista 12: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?)						
	<b>INT:</b> 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	
<b>x0fd13</b>	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
<b>x0fd14</b>	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
<b>x0fd15</b>	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
<b>x0fd16</b>	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
<b>x0fd17</b>	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
<b>x0fd18</b>	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?)						
	<b>INT:</b> 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
<b>x0fd19</b>	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
<b>x0fd20</b>	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
<b>x0fd21</b>	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
<b>x0fd22</b>	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
<b>x0fd23</b>	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
<b>x0fd24</b>	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
<b>x0fd25</b>	(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
<b>x0fd25</b>	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
<b>x0fd26</b>	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
<b>x0fd27</b>	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
<b>x0fd28</b>	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
<b>x0fd29</b>	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
<b>x0fd31</b>	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		<b>x0fd32</b>
	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 Adolescent <input type="checkbox"/> 3 Adul				
	Attualmente beve regolarmente caffè espresso/moka? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd31c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì			<b>x0fd31f</b>
	Quando ha smesso di bere regolarmente caffè espresso/moka? (Età)  Oppure: Per quanti anni ha bevuto caffè espresso/moka in totale?	x0fd31d, x0fd31e	<input type="checkbox"/> Età	<input type="checkbox"/> Oppure per quanti anni			

x0fd31f	Quante tazze di espresso/moka (ca. 40 ml) beve o ha bevuto in media al giorno?  <b>INT:</b> Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd31f		__ __	
x0fd32	Ha mai bevuto tè nero una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita?  <b>INT:</b> 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  <input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulato	__ __	
	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	__ __        __ __  Età      Oppure per quanti anni		
x0fd32f	Quante tazze di tè nero (ca. 125 ml) beve o ha bevuto in media al giorno?  <b>INT:</b> Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd32f		__ __	
x0fd33	Ha mai bevuto caffè americano (caffè da filtro) una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? (eccetto decaffeinato)  <b>INT:</b> 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  <input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulato	__ __	

	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	__ _  __ _	Età Oppure per quanti anni		
x0fd33f	Quante tazze di caffè americano/caffè da filtro (ca. 125 ml) beve o ha bevuto in media al giorno? <b>INT:</b> Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd33f		__ _		
x0fd34	Ha mai bevuto Coca-Cola una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? (eccetto decaffeinata) <b>INT:</b> 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 <input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescent <input type="checkbox"/> 3 Adul	__ _		
	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	__ _  __ _	Età Oppure per quanti anni		
x0fd34f	Quante lattine di Coca-Cola (33 cl) beve o ha bevuto in media al giorno? <b>INT:</b> Falls weniger als 1 Dose pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd34f		__ _		

## Alcohol (DAIMON)

In use until 2014-05-16

<b>x0al00</b>	Ha mai bevuto alcolici?	x0al00	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		<b>end</b>
<b>x0al01</b>	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		<b>x0al05a</b>
		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 <b>x0al02a</b> if female <b>x0al02b</b>
<b>x0al02a</b>	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		<b>x0al03a</b>
<b>x0al02b</b>	Si riferisca alla lista 14: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 4 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?	x0al02b	<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		

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

<b>x0al07a</b>	Quando ha smesso di bere regolarmente alcolici? <b>INT:</b> Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0al07a, x0al07b	_____ _____ _____ _____  Anno	_____ _____  ossia età di allora	
----------------	--	---------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

# Alcool

In use since 2014-05-19

	<i>In seguito vorrei porLe alcune domande riguardo il suo consumo di alcolici.</i>				
<b>x0al00</b>	Ha mai bevuto alcolici?	x0al00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>end</b>
<b>x0al01</b>	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		<b>end</b>
		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 <b>x0al02a</b> if female <b>x0al02b</b>
<b>x0al02a</b>	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		<b>end</b>

<b>x0al02b</b>	<p>Si riferisca alla lista 14: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 4 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?</p>		<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	
----------------	--	--	--	--

## Fumo - Inizio

	<i>In seguito vorrei porLe alcune domande riguardo il fumo ed il fumo passivo.</i>				
<b>x0sm32</b>	Ha mai fumato per almeno un anno?  <b>INT:</b> „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	<b>x0sm46</b>
	A che età ha iniziato a fumare?  <b>INT:</b> Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm33	Età (anni)		
<b>x0sm34</b>	A che età ha iniziato a fumare giornalmente?  <b>INT:</b> Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.  Falls niemals täglich geraucht, 88 kodieren.	x0sm34	Età (anni)		

## Fumo - Attualmente

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

## Fumo - Precedentemente

<b>x0sm39</b>	Ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo?	x0sm39	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0sm45</b>
	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)		

<b>x0sm41</b>	Quanto fumava prima in media, considerando tutto il periodo di tempo in cui ha fumato?	x0sm41	Numero di sigarette al giorno:	__ __	
		x0sm42	Numero di sigaretti al giorno:	__ __	
		x0sm43	Numero di sigari alla settimana:	__ __	
		x0sm44	Tabacco da pipa (in grammi/settimana):	__ __ __	
<b>x0sm45</b>	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?  <b>INT:</b> 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 x0sm49b x0sm49c x0sm49d	In casa:  __ __  ore al giorno Nel posto di lavoro:  __ __  ore al giorno Nei bar, nei ristoranti, nei cinema o in luoghi di ritrovo simili  __ __  ore al giorno In altri luoghi:  __ __  ore al giorno	

## Malattie croniche - Fegato

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua salute.</i>						
<b>x0cd01</b>	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	<b>x0cd06</b>	
	Si ricorda il nome della malattia?	x0cd01e	<input type="checkbox"/> 1 Cirrosi epatica <input type="checkbox"/> 2 Altro				
		x0cd01f	Altro _____				
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd01a, x0cd01b	Anno	_____   _____   _____   _____   _____			

## Malattie croniche - Gotta

<b>x0cd06</b>	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	<b>x0cd10</b>	
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd06a, x0cd06b	Anno	_____   _____   _____   _____   _____			

## Malattie croniche - Osteoporosi

<b>x0cd10</b>	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	<b>x0cd14</b>	
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd10a, x0cd10b	Anno	_____   _____   _____   _____   _____			

## Malattie croniche - Vasculite

<b>x0cd14</b>	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	<b>end</b>
	Si ricorda il nome della malattia?	x0cd14d	_____			

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

## Cancro

<b>x0ca00</b>	Le è mai stato diagnosticato un tumore maligno (cancro)?  <b>INT:</b> Gemeint ist bösartiger Krebs	x0ca00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>end</b>
<b>x0ca00a</b>	Quanti tumori maligni (cancro) ha avuto?	x0ca00a			__ __	
<b>x0ca01a</b>	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...  Anno...  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.  (x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a)  Denominazione e localizzazione?  <b>INT:</b> Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsengebilde handelte.  (x0ca01b/ x0ca02b / x0ca03b / x0ca04b / x0ca05b)  È stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera?  (x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c)  In quale ospedale è stato trattato?  (x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)					
	<b>Anno</b>  <b>Denominazione e localizzazione</b>	<b>Ricoverato per trattamento?</b>	<b>Ospedale</b>		<b>end</b>	
		No      Sì			if x0ca00a	
	__ __ __ __	_____	<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

<b>x0dm00</b>	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	<b>end</b>
<b>x0dm01</b>	Per favore indichi l'anno oppure l'età in cui le è stato diagnosticato il diabete. <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm01a, x0dm01b	Anno  _  _  _  _	
<b>x0dm02</b>	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	
<b>x0dm03</b>	Si riferisca alla lista 17: A che tipo di trattamento è sottoposto?  <b>INT:</b> Nur eine Angabe! – Denken Sie auch an gespritztes Insulin und Insulinpumpen!	x0dm03	<input type="checkbox"/> 1 Solo con pastiglie <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	<b>end</b>  <b>end</b>
<b>x0dm04</b>	Per favore indichi l'anno, da quandoviene trattato/a con insulina. <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm04a, x0dm04b	Anno  _  _  _  _	

## Malattie renali

<b>x0ki00</b>	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	<b>x0ki09</b>
<b>x0ki01</b>	Era una glomerulonefrite?	x0ki01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0ki02</b>
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki01a, x0ki01b	Anno	_____	_____	
	Ricorda il nome preciso della diagnosi?	x0ki01d	_____			
<b>x0ki02</b>	Era una pielonefrite?	x0ki02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0ki04</b>
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki02a, x0ki02b	Anno	_____	_____	
<b>x0ki04</b>	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	<b>x0ki05</b>
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki04a, x0ki04b	Anno	_____	_____	
	Ricorda il nome specifico della malattia o la diagnosi?	x0ki04d	_____			
<b>x0ki05</b>	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	<b>x0ki07</b>
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki05a, x0ki05b	Anno	_____	_____	
	Ricorda il nome specifico della malattia o la diagnosi?	x0ki05d	_____			
<b>x0ki07</b>	Le sono stati diagnosticati calcoli renali?	x0ki07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0ki08</b>

	In quale anno sono stati diagnosticati per la prima volta calcoli renali?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki07a, x0ki07b	Anno	_____	
<b>x0ki08</b>	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		<b>x0ki09</b>
	Se lo ricorda, specifichi il nome della malattia:	x0ki08d	_____		
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki08a, x0ki08b	Anno	_____	

### Reni - Insufficienza renale

<b>x0ki09</b>	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		<b>x0ki19</b>
	In quale anno?  <b>INT:</b> 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		
<b>x0ki22</b>	È mai stato sottoposto a dialisi?	x0ki22	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		<b>x0ki23</b>
	Quando ha fatto la prima dialisi?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki22a, x0ki22b	Anno	_____	
<b>x0ki23</b>	È tuttora in dialisi?	x0ki23	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<b>x0ki10</b>
	Quando ha fatto l'ultima dialisi?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki23a, x0ki23b	Anno	_____	
<b>x0ki10</b>	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		<b>x0ki19</b>
	Quanti trapianti?	x0ki10a	_____	_____	

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

## Reni - Intervento

<b>x0ki19</b>	Ha mai donato un rene?	x0ki19	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0ki20</b>
	In quale anno? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki19a, x0ki19b	Anno	__ __ __ __
<b>x0ki20</b>	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	<b>x0ki21</b>
	In quale anno? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki20a, x0ki20b	Anno	__ __ __ __
<b>x0ki21</b>	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	<b>end</b>
	Può specificare il motivo?	x0ki21c	_____	
	In quale anno? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki21a, x0ki21b	Anno	__ __ __ __

## Ipertensione

<b>x0bl01</b>	Un medico le ha mai detto che lei soffre di ipertensione o che ha la pressione alta?  <b>INT:</b> 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	<b>x0bl02</b>
<b>x0bl01b</b>	Che età aveva la prima volta che il medico le ha detto che aveva la pressione alta?  <b>INT:</b> Alter angeben.  Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl01b	Età di allora (anni)       __ __	if sex = male <b>x0bl02</b>
<b>x0bl01c</b>	L'ipertensione era limitata al periodo della gravidanza?	x0bl01c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	

## Ipertensione - Farmaci

<b>x0bl02</b>	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	<b>x0bl12</b>
	A che età ha iniziato a prendere i farmaci?  <b>INT:</b> Alter angeben.  Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl02a	Età di allora (anni)       __ __	
	Li prende tuttora?	x0bl02b	<input type="checkbox"/> 2 No       __  <input type="checkbox"/> 1 Sì	<b>x0bl12</b>
	Quando ha smesso di prenderli?  <b>INT:</b> Alter angeben.  Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren	x0bl02c	Età di allora (anni)       __ __	

## Colesterolo

<b>x0bl12</b>	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	<b>end</b>
<b>x0bl12a</b>	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	<b>end</b>

	A che età ha iniziato a prendere i farmaci?  <b>INT:</b> Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl12b	Età di allora (anni)  <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Li prende tuttora?	x0bl12c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

## Tiroide - Malattie

<b>x0th00</b>	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	<b>x0th12</b>	
<b>x0th01</b> Quale malattia alla tiroide le è stata diagnosticata? If YES: In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. 1. Ipotiroidismo <b>x0th02</b> 2. Sindrome di Hashimoto <b>x0th03</b> 3. Ipertiroidismo <b>x0th04</b> 4. Morbo di Basedow o di Graves <b>x0th05</b> 5. Gozzo <b>x0th06</b> 6. Nodo <b>x0th07</b> 7. Tumore alla tiroide		<b>No</b> <b>Non so</b> <b>Si</b> <b>Anno della diagnosi</b>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	⇒ Anno	<u>               </u>
<b>x0th09</b>	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	<u>               </u>		
	Si ricorda il nome della malattia? (OPPURE: Potrebbe descriverla in poche parole?)	x0th09b			if sex = male OR children=0 <b>x0th12</b>	
<b>x0th08</b>	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

<b>x0th12</b>	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	<b>x0th13</b>
<b>x0th12a</b>	In quale anno è stato sottoposto all'operazione alla tiroide?	x0th12a	Anno  _____ _____ ____	
	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	<b>x0th13</b>
			<input type="checkbox"/> 4 Altro	
	Proverebbe descrivere il tipo di operazione?	x0th12c	_____	

## Tiroide - Terapia

<b>x0th13</b>	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	
			<input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non so	<b>x0th14</b>
	Si ricorda l'anno del primo trattamento?	x0th13a	Da (Anno)  _____ _____ ____	
	Fino a quale anno è stato sottoposto al trattamento?  Fino ad ora	x0th13b	A (Anno)  _____ _____ ____   <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	

## Tiroide - Familiarità

<b>x0th14</b>	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	<b>end</b>
---------------	--	--------	---	------------

<b>x0th14a</b>	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				

# Infarto miocardico - Angina pectoris

In use until 2014-08-29

<b>x0mi00</b>	Ha mai accusato dolori o disagi a livello del torace?  <b>INT:</b> Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0mi08</b>
<b>x0mi01</b>	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		<b>x0mi08</b>
			<input type="checkbox"/> 3 Non faccio mai sforzo fisico		
<b>x0mi02</b>	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
<b>x0mi03</b>	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		<b>x0mi08</b>
<b>x0mi04</b>	I disturbi svaniscono entro 10 minuti se cammina più lentamente o si ferma?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<b>x0mi08</b>
<b>x0mi05a</b>	Mi mostrerebbe dove accusa questo dolore o questo disagio?  <b>INT:</b> Mehrfachnennung möglich!  Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren.  Se un altro punto, quale?	x0mi05a x0mi05b x0mi05c x0mi05d x0mi05e x0mi05f	Dietro allo sterno Torace anteriore sinistro Collo/angolo mandibolare Spalla sinistra Altro _____	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 2 No
<b>x0mi06</b>	Il dolore o disagio si irradia al braccio sinistro?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
<b>x0mi07</b>	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

<b>x0mi00</b>	Ha mai accusato dolori o disagi a livello del torace? <b>INT:</b> Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		<b>x0mi08</b>
<b>x0mi01</b>	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		<b>x0mi07</b>
			<input type="checkbox"/> 3 Non faccio mai sforzo fisico <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
<b>x0mi02</b>	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		
<b>x0mi03</b>	Si riferisce 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		<b>x0mi07</b>
<b>x0mi04</b>	I disturbi svaniscono entro 10 minuti se cammina più lentamente o si ferma?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0mi05a</b>	Mi mostrerebbe dove accusa questo dolore o questo disagio? <b>INT:</b> Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren.  Se un altro punto, quale?	x0mi05a	Sì      No		
		x0mi05b	Dietro allo sterno	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05c	Torace anteriore sinistro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05d	Collo/angolo mandibolare	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05e	Spalla sinistra	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05f	Altro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
<b>x0mi06</b>	Il dolore o disagio si irradia al braccio sinistro?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0mi07</b>	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**

<b>x0mi08</b>	Che lei sappia ha una malattia alle coronarie?  <b>INT:</b> Arterienverkalkung der Herzkrankgefäße	x0mi08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0mi09</b>
	In quale anno è stata diagnosticata?  <b>INT:</b> 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**

<b>x0mi09</b>	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	<b>x0mi16</b>				
<b>x0mi10</b>	Quanti infarti miocardici ha avuto complessivamente?	x0mi10								
<b>x0mi11a</b>	<p>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.</p> <p><b>INT:</b> Wenn mehr als fünf Herzinfarkte, den ersten und die letzten vier Herzinfarkte eingeben.</p> <p>Falls der Herzinfarkt erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>(x0mi11a / x0mi12a / x0mi13a / x0mi14a / x0mi15a)</p> <p>All'epoca è stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera?</p> <p>(x0mi11b / x0mi12b / x0mi13b / x0mi14b / x0mi15b)</p> <p>In quale ospedale è stato trattato?</p> <p>(x0mi11c / x0mi12c / x0mi13c / x0mi14c / x0mi15c)</p>									
	<p><b>Anno</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td>No</td> <td>Sì</td> </tr> </table> <p><b>Ricoverato per trattamento?</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> </table> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	No	Sì	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	⇒ _____		<b>Ospedale</b>	<b>x0mi16</b>	
No	Sì									
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	⇒ _____								
				if <b>x0mi10</b> = 1						
				= 2						
				= 3						
				= 4						

## Infarto miocardico - Intervento

<b>x0mi16</b>	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	
<b>x0mi17</b>	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	
<b>x0mi18</b>	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

<b>x0hf01</b>	Quando fa degli sforzi, nota che le manca il respiro o fa fatica a respirare?  <b>INT:</b> (Dyspnoe)	x0hf01	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0hf02</b>
	Da quando? (Anno)  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf01a, x0hf01b	Anno  <hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	
<b>x0hf02</b>	Soffre di "acqua nei polmoni" (edema polmonare)?  <b>INT:</b> (Linksherzinsuffizienz)	x0hf02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0hf03</b>
	Da quando? (Anno)  <b>INT:</b> (Linksherzinsuffizienz)	x0hf02a, x0hf02b	Anno  <hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	
<b>x0hf03</b>	Ha spesso le gambe gonfie (edema alle gambe)?  <b>INT:</b> (Rechtsherzinsuffizienz)	x0hf03	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0hf04</b>
	Da quando? (Anno)  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf03a, x0hf03b	Anno  <hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	

## Insufficienza cardiaca - Malattie

<b>x0hf04</b>	Che lei sappia ha una miocardite?  <b>INT:</b> (Myokarditis)	x0hf04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0hf05</b>
	Da quando? (Anno)  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf04a, x0hf04b	Anno  <hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf04c	<hr style="width: 100px; margin-left: 0; margin-right: auto;"/>	
<b>x0hf05</b>	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	<b>x0hf06</b>
	Da quando? (Anno)  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf05a, x0hf05b	Anno  <hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf05c	<hr style="width: 100px; margin-left: 0; margin-right: auto;"/>	

<b>x0hf06</b>	Le è mai stato diagnosticato un problema alle valvole del cuore?  <b>INT:</b> 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	<b>x0hf07</b>
	Descriva il problema in maniera possibilmente accurata:	x0hf06a				

## Insufficienza cardiaca - Elettrocardiogramma

<b>x0hf07</b>	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	<b>x0hf08</b>
	L' elettrocardiogramma aveva mostrato anomalie di rilievo?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		<b>x0hf08</b>
	Quali?	x0hf07d				
	Si ricorda quando l'ECG ha mostrato anomalie di rilievo per la prima volta?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf07a, x0hf07b	Anno		_ _ _ _	

## Insufficienza cardiaca

<b>x0hf08</b>	Un medico le ha mai diagnosticato un' insufficienza cardiaca?  <b>INT:</b> (Pumpschwäche des Herzmuskels)	x0hf08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>end</b>
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?  <b>INT:</b> (Pumpschwäche des Herzmuskels)	x0hf08a, x0hf08b	Anno		_ _ _ _	

## Fibrillazione atriale - Malattie

<b>x0af02</b>	Soffre di fibrillazione atriale?	x0af02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0af07</b>
	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	<b>x0af03</b>
	In quale anno? <b>INT:</b> 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"/> 2 Sì, attualmente	<input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		

## Fibrillazione atriale - Sintomi

<b>x0af03</b>	Durante la fibrillazione atriale insorgono disturbi?	x0af03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>x0af04</b>
<b>x0af03a</b>	Si riferisca alla lista 21: Quali?	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	
<b>x0af03i</b>	Descriva gli altri disturbi	x0af03i	_____			

## Fibrillazione atriale - Cronica

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

<b>x0af05</b>	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	
<b>x0af06</b>	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

<b>x0af07</b>	Ha sofferto di extrasistole, battito cardiaco irregolare, tachicardia o palpitazioni?  <b>INT:</b> 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	<b>x0af08</b>
	Da quando? (Anno)  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07a, x0af07b	Anno  _____	
	Descriva il tipo di aritmia cardiaca	x0af07c	_____	

### Fibrillazione atriale - Cure

<b>x0af08</b>	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	
---------------	---	--------	--	--

<b>x0af09</b>	<p>È insorto uno svenimento con arresto cardiaco?</p> <p><b>INT:</b> Non si intende una perdita dei sensi ma una sinope 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	<b>x0af10</b>
	Si trovava sotto sforzo fisico o mentale?	x0af09a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0af10</b>	<p>È mai stato rianimato da un medico, un sanitario o da un'altra persona?</p> <p><b>INT:</b> Gemeint ist eine Herzdruck-massage aufgrund eines Herzstill-standes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrythmusstörung</p>	x0af10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>x0af11</b>	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

<b>x0af12</b>	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	<b>end</b>
	Descriva la malattia al cuore in maniera possibilmente accurata:	x0af12a	<hr/>		

## Coaguli - Arterie

<b>xOci01</b>	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)?  <b>INT:</b> Escludendo flebite e vene varicose	xOci01	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>xOci03</b>
<b>xOci03</b>	Per le condizioni sopra descritte è mai stato sottoposto a:  Un'angiografia (mezzo di contrasto iniettato nelle arterie delle gambe)?	xOci02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>xOci03</b>	Per le condizioni sopra descritte è mai stato sottoposto a:  Un'angioplastica (palloncino-stent per aprire un blocco)?	xOci02b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>xOci03</b>	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)?	xOci02c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

## Coaguli - Vene

<b>xOci03</b>	Ha mai avuto le vene varicose nelle gambe (escluso il periodo della gravidanza)?	xOci03	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>xOci04</b>	Ha mai avuto la flebite alle vene superficiali delle gambe?	xOci04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>xOci05</b>	Un medico le ha mai detto che lei ha avuto un embolo polmonare o un coagulo di sangue nei polmoni?	xOci05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>xOci06</b>	Un medico le ha mai detto che lei ha avuto la trombosi venosa profonda o dei coaguli di sangue alle gambe?	xOci06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	<b>end</b>
	È mai stato trattato da un medico o da un'infermiera <b>con iniezioni, a domicilio o in ambulatorio (di solito seguite dall'assunzione di farmaci anticoagulanti come Coumadin, Warfarin)</b> , per dei coaguli di sangue alle gambe o trombosi venosa profonda o TVP?	xOci06a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

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

## Ictus - TIA

<b>x0st21</b>	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	<b>x0st00</b>
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st21a	Anno			
	Descriva la situazione di allora in maniera possibilmente accurata:	x0st21c				

## Ictus

<b>x0st00</b>	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	<b>x0st07</b>
<b>x0st06a</b>	Quando ha avuto il primo ictus?	x0st06a x0st06b				

## Ictus - Sintomi1

<b>x0st07</b>	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	<b>x0st08</b>
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st07a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0st08</b>	Ha mai avuto una improvvisa perdita o annebbiamiento 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	<b>x0st09</b>
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st08a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0st09</b>	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	<b>x0st10</b>
<b>x0st09a</b>	Chiudendo un occhio la vision doppia è andata via?		<input type="checkbox"/> 1 Sì			
		x0st09a	<input type="checkbox"/> 2 No			<b>x0st10</b>
			<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

<b>x0st10</b>	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	<b>x0st11</b>
	La sensazione di addormentamento o formicolio era comparsa tenendo le braccia o le gambe in una particolare posizione?	x0st10a	<input type="checkbox"/> 1 Sì			
			<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so		<b>x0st11</b>
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st10b	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0st11</b>	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	<b>x0st12</b>
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st11a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		
<b>x0st12</b>	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	<b>end</b>
	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

<b>x0ne09</b>	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	<b>x0ne10</b>
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta epilessia?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne09a	Anno  _____	
<b>x0ne10</b>	Un medico le ha mai diagnosticato convulsioni febbrili (di solito da bambini)?  <b>INT:</b> 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	<b>x0ne02</b>
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta convulsioni febbrili?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne10a	Anno  _____	

## Neurologia - Tremori

<b>x0ne02</b>	Trema in maniera incontrollabile?  <b>INT:</b> 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	<b>x0pk01</b>
	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	<b>x0ne03</b>
	Quando? (Anno)  <b>INT:</b> 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	
<b>x0ne03</b>	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 cucchiaio per la minestra? (tremore posturale-cinetico)	x0ne03c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
--	---	---------	---	--

## Neurologia - Parkinson

<b>x0pk01</b>	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	
<b>x0pk02</b>	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	
<b>x0pk03</b>	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	
<b>x0pk04</b>	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	
<b>x0pk05</b>	Ha mai avuto l'impressione che i suoi piedi sembrino "incollati" al pavimento?	x0pk05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>x0pk06</b>	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	
<b>x0pk07</b>	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	
<b>x0pk08</b>	Le capita di avere difficoltà a sbotttonare i bottoni?	x0pk08	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
<b>x0pk09</b>	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	
<b>x0pk10</b>	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	
<b>x0pk11</b>	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

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

	Da quando? (Anno) <b>INT:</b> 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? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne07a	Anno	__ __ __ __

## Neurologia - KTS

x0ne08	Soffre di disagi, formicolii o dolori (acuti) alla mano? <b>INT:</b> 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) <b>INT:</b> 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? <b>INT:</b> 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		
	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) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne21b	Anno	__ __ __ __

	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne21d	<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	
<b>x0ne22</b>	Ha un'altra malattia neurologica di cui non abbiamo ancora parlato	x0ne22	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>end</b>
<b>x0ne22e</b>	Descriva la malattia neurologica in maniera possibilmente accurata:	x0ne22e	<hr/>		
	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
	Da quando? (Anno) <b>INT:</b> 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"/> 2 Sì, attualmente	<input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non lo so	

## Emicrania

<b>x0mg01</b>	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	<b>end</b>
<b>x0mg02a</b>	Si riferisce 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)	
<b>x0mg04</b>	Si riferisce 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

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

	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 sveglierla? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

## Emicrania - Intensità

<b>x0mg21</b>	Da quanti anni soffre di mal di testa? Per favore specifichi il tempo corrispondente in anni.	x0mg21	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	
<b>x0mg22</b>	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

<b>x0pn00</b>	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	<b>end</b>
<b>x0pn01</b>	Soffre di dolori alla schiena?	x0pn01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0pn11</b>
<b>x0pn05a</b>	Localizzazione dei dolori (vedi immagine)	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
<b>x0pn06a</b>	Il dolore si diffonde nel braccio o nella gamba?	x0pn06a	Gamba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0pn06b	Braccio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>x0pn02a</b>	Da quando sono presenti i dolori alla schiena? <b>INT:</b> Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn02a x0pn02b	__ __  mesi  __ __  anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn03a x0pn03b	__ __  giorni/mese  __ __  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

<b>x0pn11</b>	Soffre di dolori alle articolazioni?	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<b>x0pn21</b>
	Da quando sono presenti i dolori alle articolazioni? <b>INT:</b> Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn12a x0pn12b	__ __  mesi  __ __  anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn13a x0pn13b	__ __  giorni/mese  __ __  giorni/anno		
<b>x0pn14</b>	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	<hr/>	
--	---------------------------------	--------	-------	--

### Dolori - Altro

<b>x0pn21</b>	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	<b>x0pn30</b>
	Da quando sono presenti questi dolori? <b>INT:</b> Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn22a x0pn22b	__ __  mesi  __ __  anni	
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn23a x0pn23b	__ __  giorni/mese  __ __  giorni/anno	
<b>x0pn24</b>	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	<hr/> <hr/>	

### Dolori - Dolore principale

<b>x0pn30</b>	Qual è il dolore principale?	x0pn30	<hr/> <hr/>	
<b>x0pn31</b>	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

<b>x0ot01</b>	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	<b>x0ot11</b>
<b>x0ot01a</b>	Descrizione della lesione:	x0ot01a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot11</b>	
<b>x0ot02a</b>	Descrizione della lesione:	x0ot02a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot11</b>	
<b>x0ot03a</b>	Descrizione della lesione:	x0ot03a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot11</b>	
<b>x0ot04a</b>	Descrizione della lesione:	x0ot04a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04b	Anno	_ _ _ _		

## Altro - Malattie

<b>x0ot11</b>	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	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot11a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot11a				
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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		<b>x0ot21</b>
<b>x0ot12a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot12a				
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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		<b>x0ot21</b>
<b>x0ot13a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot13a				
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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		<b>x0ot21</b>
<b>x0ot14a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot14a				
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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		<b>x0ot21</b>
<b>x0ot15a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot15a				

	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot16a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot16a		
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot17a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot17a		
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot18a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot18a		
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot19a</b>	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0ot19a		
	Da quando ne soffre? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>x0ot21</b>

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

## Altro - Interventi

<b>x0ot21</b>	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	<b>end</b>
<b>x0ot21a</b>	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot21a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>end</b>	
<b>x0ot22a</b>	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot22a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>end</b>	
<b>x0ot23a</b>	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot23a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> 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	<b>end</b>	
<b>x0ot24a</b>	Di che tipo di intervento si è trattato?	x0ot24a				
	Quando? (Anno) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot24b, x0ot24c	Anno	_ _ _ _		
	<b>INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.</b>					

## Algometro

	<p>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.</p>	
	Inserire valore in kg	x0am01
	La misurazione viene eseguita sul seguente dito indice:	x0am02 <input type="checkbox"/> 1 sinistro <input type="checkbox"/> 2 destro

## 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		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?	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

	<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. Si ricordi le seguenti parole: PANE - CASA – GATTO <b>INT:</b> 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.</i>					
x0mm11		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			<u>  </u>	

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

## Cognizione – Linguaggio

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

x0mm26	<p>Scriva una frase completa su questo foglio.</p> <p><b>INT:</b> Es darf kein Satz diktiert werden, die Ausführung muss spontan erfolgen. Der Satz muss Subjekt und Prädikat enthalten und sinnvoll sein. Korrekte Grammatik und Interpunktionsregeln sind nicht gefordert. Das Schreiben von Namen und Anschrift ist nicht ausreichend.</p>	x0mm26	Frase completa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
x0mm27	<p>Per favore, copi questo disegno.</p> <p><b>INT:</b> 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	<input type="checkbox"/> 1	<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><b>INT:</b> 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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	

## Test olfattivo – Generale

In use since 2014-09-01

	<p>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.</p>					
<b>x0ss00</b>	Al momento ha ... il raffreddore?	x0ss00a	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<b>end</b>	
	il raffreddore da fieno?	x0ss00b	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<b>end</b>	
	soffre di sinusite?	x0ss00c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<b>end</b>	

## Test olfattivo – Dettagli

<b>x0ss22</b>	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			<b>x0ss23</b>
	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			
<b>x0ss23</b>	Lei è stato sottoposto a un intervento ai seni paranasali o per polipi nasali (anche da bambino o adolescente)?	x0ss23a	Sì      No      Non lo so			
		x0ss23b	Seni paranasali <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
<b>x0ss24</b>	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 <b>INT:</b> p.es. frattura crano-facciale, frattura della volta cranica o della base cranica	x0ss24a				

## Test olfattivo – Test1

	<p>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.</p> <p><b>INT:</b> 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>				
<b>x0ss01</b>	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 Tremontina		

## Test olfattivo – Test2

<b>x0ss09</b>	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

	<i>Le prossime domande riguardano i suoi genitori e nonni.</i>			
	Quando è nato/a? <b>INT:</b> Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.		__ _  .  __ _  .  __ _ _ _  D D M M Y Y Y Y	
<b>fh01</b>	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) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	Anno  __ _  .  __ _  .  __ _ _ _  D D M M Y Y Y Y  __ _ _ _		
<b>fh02</b>	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) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	Anno  __ _  .  __ _  .  __ _ _ _  D D M M Y Y Y Y  __ _ _ _		
<b>fh03</b>	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) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	Anno  __ _  .  __ _  .  __ _ _ _  D D M M Y Y Y Y  __ _ _ _		
<b>fh04</b>	Qual è il nome e cognome di suo padre?			
	Da dove proviene? (Luogo)			

	<p>Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.</p>		<p>Anno</p> <p> _ _ _  .  _ _ _  .  _ _ _ _ _   D D M M Y Y Y Y    _ _ _ _ _  </p>	
<b>fh05</b>	Qual è il nome e cognome della madre di suo padre? (Nonna paterna)			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	<p>Quando è nata? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.</p>		<p>Anno</p> <p> _ _ _  .  _ _ _  .  _ _ _ _ _   D D M M Y Y Y Y    _ _ _ _ _  </p>	
<b>fh06</b>	Qual è il nome e cognome del padre di suo padre? (Nonno paterno)			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	<p>Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)</p> <p><b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.</p>		<p>Anno</p> <p> _ _ _  .  _ _ _  .  _ _ _ _ _   D D M M Y Y Y Y    _ _ _ _ _  </p>	