

CHRIS COVID-19 BASELINE QUESTIONNAIRE

1. DEMOGRAFIA – COMPOSIZIONE FAMILIARE

1.1. [ccbq01] Titolo di studio *[compulsory only to ≥14 years]*

- [1] Nessun titolo
- [2] Licenza elementare
- [3] Licenza media
- [4] Diploma di qualifica professionale
- [5] Diploma di maturità
- [6] Certificato post-diploma di maturità o laurea di I livello (laurea breve)
- [7] Laurea di II livello (laurea magistrale) o titolo superiore
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

1.2. [ccbq02] Comune dell'abitazione dove vive abitualmente?

[compulsory only to the main respondent within the same domicile]

- [1] Glorenza
- [2] Curon Venosta
- [3] Castelbello-Ciardes
- [4] Lasa
- [5] Laces
- [6] Malles Venosta
- [7] Martello
- [8] Prato allo Stelvio
- [9] Silandro

- [10] Sluderno
- [11] Senales
- [12] Stelvio
- [13] Tubre
- [OTHER] Altro: _____

1.3. [ccbq03] Quante persone vivono abitualmente nell'abitazione, lei incluso?

[ad-hoc] *[compulsory only to the main respondent within the same domicile]*

--	--

1.4. [ccbq04] Da quante stanze è composta l'abitazione?

(esclusi i bagni, i vani accessori e le pertinenze)

[compulsory only to the main respondent within the same domicile]

- [1] 1
- [2] 2
- [3] 3
- [4] 4
- [5] 5
- [6] 6+

2. ANAMNESI*

Le seguenti domande si riferiscono al periodo che va dal **1° febbraio** ad **oggi**.

2.1. [cclq01a] Ha fatto uno o più tamponi bocca e/o naso per infezione da nuovo coronavirus?

[compulsory to all]

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

2.1.1. [cclq01b] Almeno uno dei tamponi fatti, ha rilevato l'infezione da nuovo coronavirus (test positivo)? *[if 'yes' to 2.1]*

- [1] Sì
- [2] No
- [3] Non so/Non conosco ancora il risultato
- [-87] Preferisco non rispondere

2.1.2. Si ricorda quale tipo di test era POSITIVO? (sono possibili più risposte) *[if 'yes' to 2.1.1]*

- [cclq01c1] Tampone tradizionale (PCR molecolare) analizzato in laboratorio
- [cclq01c2] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da operatore
- [cclq01c3] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da soli
- [cclq01c4] Tampone salivare
- [cclq01c5] Altro
- [cclq01c6] Preferisco non rispondere/non so

2.1.3. Si ricorda quale tipo di test era NEGATIVO? (sono possibili più risposte) *[if 'no' to 2.1.1]*

- [cclq01c1] Tampone tradizionale (PCR molecolare) analizzato in laboratorio
- [cclq01c2] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da operatore
- [cclq01c3] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da soli
- [cclq01c4] Tampone salivare
- [cclq01c5] Altro
- [cclq01c6] Preferisco non rispondere/non so

2.1.4. Si ricorda quale tipo di test ha fatto? (*sono possibili più risposte*)
[if 'don't know' to 2.1.1]

- [cclq01c1] Tampone tradizionale (PCR molecolare) analizzato in laboratorio
- [cclq01c2] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da operatore
- [cclq01c3] Tampone con test rapido (antigenico) eseguito da soli
- [cclq01c4] Tampone salivare
- [cclq01c5] Altro
- [cclq01c6] Preferisco non rispondere/non so

2.2. [cclq02] È stata/o in quarantena per sospetta o confermata infezione da nuovo coronavirus o in isolamento domiciliare a scopo precauzionale? *[compulsory to all]*

- [1] Sì, isolato in una stanza o a domicilio da solo
- [2] Sì, ma NON in totale isolamento dalle persone che abitano assieme a me
- [3] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

2.3. [cclq03] È stata/o ricoverato in ospedale per sospetta o confermata infezione da nuovo coronavirus?
[compulsory to all]

- [1] Sì, ricoverato in terapia intensiva
- [2] Sì, ricoverato in altro reparto
- [3] No
- [4] Preferisco non rispondere/non so

2.4. [cclq04] Le hanno prescritto farmaci o somministrato terapie per sospetta o confermata infezione da nuovo coronavirus? [compulsory to all]

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

2.5. [cclq05a] Ha fatto uno o più prelievi (*sangue, urine o altro*) per valutare la sua immunità da nuovo coronavirus? [compulsory to all]

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

2.5.1. [cclq05b] Almeno uno dei prelievi fatti, ha rilevato l'infezione da nuovo coronavirus (test positivo)? [if 'yes' to 2.5]

- [1] Sì
- [2] No
- [3] Non so/Non conosco ancora il risultato
- [-87] Preferisco non rispondere

2.5.2. Si ricorda quale tipo di prelievo era POSITIVO? (*sono possibili più risposte*)
[if 'yes' to 2.5.1]

- [cclq05c1] Prelievo venoso
- [cclq05c2] Puntura al dito
- [cclq05c3] Altro
- [cclq05c4] Preferisco non rispondere/non so

2.5.3. Si ricorda quale tipo di prelievo era NEGATIVO? (*sono possibili più risposte*)
[if 'no' to 2.5.1]

- [cclq05c1] Prelievo venoso
- [cclq05c2] Puntura al dito
- [cclq05c3] Altro
- [cclq05c4] Preferisco non rispondere/non so

2.5.4. Si ricorda quale tipo di prelievo ha fatto? (*sono possibili più risposte*)
[if 'don't know' to 2.5.1]

- [cclq05c1] Prelievo venoso
- [cclq05c2] Puntura al dito
- [cclq05c3] Altro
- [cclq05c4] Preferisco non rispondere/non so

2.6. [cclq06] SENZA considerare possibili sintomi di cui soffre regolarmente, ha avuto qualche sintomo tra i seguenti a partire dal 1° febbraio ad oggi. *[Multiple answers]*

Sintomo	Sì
[cclq06a] febbre	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06b] fremiti o brividi	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06c] affaticamento o stanchezza	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06d] dolori articolari o muscolari	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06e] mal di testa	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06f] mancanza di appetito	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06g] perdita del gusto	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06h] perdita dell'olfatto	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06i] male all'orecchio (otite)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06j] rossore o bruciore agli occhi (congiuntivite)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06k] dolore agli occhi	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06l] raffreddore	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06m] mal di gola o raucedine	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06n] tosse secca (senza catarro o muco)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06o] tosse grassa (con catarro o muco)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06p] tosse con sangue (emottisi)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06q] mancanza o difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06r] dolore al petto	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06s] battiti accelerati (tachicardia) o percepiti (cardiopalmo)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06t] dolore addominale	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06u] nausea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06v] vomito	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06w] diarrea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06x] fuci chiare o untose (steatorrea)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06y] ipersensibilità cutanea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06z] prurito o eruzione cutanea	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06] Non ho avuto questi sintomi	<input type="checkbox"/> [2]
[cclq06] Preferisco non rispondere/non so	<input type="checkbox"/> [-88]

2.7. [cclq07] In quale data all'incirca sono comparsi i primi sintomi?
[Only if 'yes' to any symptoms in Q.2.6.]

Click or tap to enter a date.

2.8. [cclq08] Per quanto tempo ha avuto sintomi?

[Only if 'yes' to any symptoms in Q.2.6.]

- [1] I sintomi sono ancora presenti
- [2] 1-3 giorni
- [3] Da 4 a 6 giorni
- [4] Per 1-2 settimane
- [5] Per 3 o più settimane
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

2.9. [cclq09] Per i sintomi riportati, ha consultato un medico?

[Only if 'yes' to any symptoms in Q.2.6.]

- [1] Sì, e ho preso farmaci
- [2] Sì, ma NON ho preso farmaci
- [3] NO, ma ho preso farmaci
- [4] NO, NON ho consultato un medico e NON ho preso farmaci
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

2.10. [cclq10] Per i sintomi riportati, ha subito limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane?

[Only if 'yes' to any symptoms in Q.2.6.]

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

3. CONTATTI*

CONTATTO RAVVICINATO:

- permanenza nello stesso ambiente al chiuso per almeno 15 minuti a meno di 2 metri di distanza senza protezioni OPPURE
- contatto fisico con altra persona.

Le risposte sono ASSOLUTAMENTE riservate e utilizzate a solo scopo di ricerca.

[compulsory to all. Multiple questions]

3.1. [cclq11] Dal 1° febbraio, è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona INFETTATA da coronavirus che abita assieme a Lei?

[Only if No. >1 in Q.1.3]

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

3.2. [cclq12] Dal 1° febbraio, è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona INFETTATA da coronavirus che NON abita assieme a Lei??

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

3.3. [cclq13] Dal 1° febbraio, è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona con SINTOMI che abita assieme a Lei?

[Only if No. >1 in Q.1.3]

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

3.4. [cclq14] Dal 1° febbraio, è stato/a in contatto ravvicinato con qualche persona con SINTOMI che NON abita assieme a Lei?

- [1] Regolarmente (*almeno 1 occasione a settimana*)
- [2] Occasionalmente (*meno di 1 occasione a settimana*)
- [3] Mai
- [-88] Preferisco non rispondere/ non so

4. COMORBILITÀ

4.1. [ccbq11] Un medico le ha mai diagnosticato qualche malattia tra le seguenti?
 [compulsory to all. Multiple answers]

Malattia	Sì
[ccbq11a] Diabete	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11b] altra disfunzione metabolica (ad es. colesterolo alto, obesità)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11c] allergia respiratoria (ad es. rinite allergica)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11d] altra allergia (ad es. da contatto)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11e] asma	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11f] bronchite cronica	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11g] altra malattia polmonare (escluso i tumori) (ipertensione polmonare, embolia polmonare)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11h] pressione alta o ipertensione	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11i] aritmia (ad es. fibrillazione atriale, portatore pacemaker)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11j] malattia ischemica o cerebrovascolare (ad es. infarto, angina, scompenso cardiaco, ictus, stenosi carotidea)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11k] altra malattia cardiovascolare (ad es. malattie delle valvole cardiache, claudicatio, trombosi venose)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11l] malattia renale	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11m] malattia del fegato (ad es. epatite, cirrosi)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11n] malattia reumatica autoimmune (ad es: artrite reumatoide, LES, spondilartrite, artrite psoriasica)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11o] malattia muscoloscheletrica (ad es: artrosi, fibromialgia, ernia discale)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11p] malattia del sangue (ad es. talassemia, leucemia)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11q] malattia psichica o affettiva	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11r] tumore	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11] Non ho mai avuto queste malattie	<input type="checkbox"/> [2]
[ccbq11] Preferisco non rispondere/non so	<input type="checkbox"/> [-88]

5. TRATTAMENTI – INTERVENTI – VACCINI

[Compulsory to all. Multiple questions]

5.1. [ccbq12] Le è capitato di subire un ricovero ospedaliero, negli ultimi 12 mesi?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.2. [ccbq13] Le è capitato di subire un intervento chirurgico in anestesia generale, negli ultimi 12 mesi?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.3. [ccbq14] Le è capitato di fare chemio o radioterapia, negli ultimi 12 mesi?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.4. [ccbq15] Le è capitato di ricevere un trapianto, nel corso della vita?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.5. [ccbq16] Le è capitato di avere una gravidanza in atto o negli ultimi 6 mesi?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.6. [ccbq17] Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione per influenza stagionale?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.7. [ccbq18] Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione per infezione da pneumococco?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.8. [ccbq19] Negli ultimi 12 mesi, ha fatto qualche altra vaccinazione?

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

5.9. [ccbq20] Nelle ultime 4 settimane, ha assunto regolarmente qualche medicinale tra i seguenti?*
 [Compulsory to all. Multiple answers]

Medicinale	Sì
[ccbq20a] aspirina (<i>cardioaspirina, aspirinetta, cardirene, ecc.</i>)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20b] per fluidificare il sangue (<i>sintrom, coumadin, eliquis, pradaxa, xarelto, ecc.</i>)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20c] per l'ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20d] per il controllo del colesterolo	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20e] per il controllo del diabete	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20f] per il controllo della tiroide (<i>ad es. eutirox</i>)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20g] per terapia ormonale (<i>ad es. sostitutiva, pillola contraccettiva</i>)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20h] per asma o bronchite	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20i] farmaco cortisonico o altro immunosoppressore	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20j] farmaco anti-infiammatorio o anti-dolorifico non steroideo (<i>ad es. diclofenac, ibuprofene, oki</i>)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20k] farmaco ansiolitico o sedativo o anti-depressivo	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20l] vitamina D	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20] Non ho preso questi medicinali	<input type="checkbox"/> [2]
[ccbq20] Preferisco non rispondere/non so	<input type="checkbox"/> [-88]

6. SITUAZIONE SOCIOECONOMICA

6.1. [ccbq21] Nei 12 mesi prima dell'emergenza dovuta al coronavirus, qual era la sua condizione occupazionale principale? *[compulsory only to ≥14 years]*

- [1] Occupazione stabile (*incluso coadiuvante familiare o temporaneamente assente/in congedo dal lavoro*)
- [2] Occupazione temporanea o stagionale
- [3] Disoccupato in cerca di occupazione
- [4] Studente
- [5] Pensionato/a
- [6] Casalingo/a
- [7] Altro
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

6.2. [ccbq22] Qual era il suo settore di attività principale?

[Compulsory only if 'Occupazione stabile' or 'Occupazione temporanea o stagionale' to 6.1]

- [1] Agricoltura, silvicoltura e allevamento
- [2] Estrazione, edilizia e industria
- [3] Artigianato
- [4] Fornitura di servizi essenziali (*energia, acqua, gas, rifiuti*)
- [5] Trasporti e spedizioni
- [6] Alloggio e ristorazione
- [7] Commercio (*incluso farmacie e riparazione veicoli*)
- [8] Sanità
- [9] Servizi sociali (*incluso servizi per l'infanzia*)
- [10] Istruzione
- [11] Pubblica amministrazione
- [12] Forze di polizia, armate e di pubblica sicurezza
- [13] Altro
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

7. STILI di VITA

Fumo di tabacco

7.1. [ccbq23] Fuma sigarette (o tabacco in genere)? *[Compulsory only to ≥14 years]*

- [1] Fumo attualmente (almeno 1 volta al giorno)

7.1.1. *[Sub-question]* [ccbq23a] Quante sigarette al giorno?

- [1] fino a 10
- [2] più di 10 e fino a 20
- [3] più di 20

- [2] Fumo occasionalmente (meno che giornalmente)

- [3] Ho fumato in passato e ora ho smesso del tutto

7.1.2. *[Sub-question]* [ccbq23b] Da quanto tempo?

- [1] da meno di 1 mese
- [2] da almeno 1 mese e meno di 6 mesi
- [3] da almeno 6 mesi

- [4] Non ho mai fumato (meno di 100 sigarette nella vita)

- [-88] Preferisco non rispondere/non so

Attività fisica e antropometria

7.2. [ccbq24] Svolge attività fisica moderata o energica, 2 giorni o più a settimana per almeno 5 ore in totale? *[Compulsory to all]*

- [1] Sì
- [2] No
- [-88] Preferisco non rispondere/non so

7.3. [ccbq25] Qual è il suo peso (kg)? _____

[Compulsory to all]

7.4. [ccbq26] Qual è la sua altezza (cm)? _____

[Compulsory to all]

Grazie per il Suo contributo!

Il questionario è stato compilato correttamente.

Adesso può chiudere questa pagina.
