

Table of Contents

PERSON	2
OCCUPATION.....	4
EXPOSURE	8
BIRTH	10
WOMEN	12
NUTRITION	14
ALCOHOL	18
SMOKING	21
CHRONIC DISEASES.....	23
CANCER	24
DIABETES.....	25
KIDNEY DISEASES.....	26
BLOOD VALUES.....	29
THYROID DISEASES	30
MYOCARDIAL INFARCTION.....	32
HEART FAILURE	34
CARDIAC ARRHYTHMIAS	37
CIRCULATION	40
STROKE.....	41
NEUROLOGY	43
MIGRAINE	47
PAIN	49
OTHER DISEASES.....	51
ALGOMETER	56
FAMILY	57

Version in use since 2012-11-05

Version used until 2013-11-20

Person

	<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>Innanzitutto, consente la registrazione dell'intervista? Questo è importante per garantire la qualità.</i></p> <p>INT: Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen.</p> <p>Starten Sie die Aufnahme.</p>			
x0_opint	<p>INT: Please insert your short name (e.g. Stefan Mair -> MaS)</p>	x0_opint	_____	
x0_sex	<p>(Sesso)</p> <p>INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.</p>	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Maschile <input type="checkbox"/> 2 Femminile	
x0_birthd	<p>Quando è nato/a?</p> <p>INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.</p>	x0_birthd	<div style="text-align: center;"> <div style="display: inline-block; text-align: center;"> _ _ _ </div> <div style="display: inline-block; text-align: center;">·</div> <div style="display: inline-block; text-align: center;"> _ _ _ </div> <div style="display: inline-block; text-align: center;">·</div> <div style="display: inline-block; text-align: center;"> _ _ _ _ </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> D D M M Y Y Y Y </div>	
x0pe02	<p>Quanti fratelli e quante sorelle ha o ha avuto (inclusi i possibili fratelli o sorelle deceduti/e), lei stesso escluso?</p> <p>INT: Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.</p>	<p>x0pe02a</p> <p>x0pe02b</p>	<p>Numero dei fratelli _ _ </p> <p>Numero delle sorelle _ _ </p>	if x0pe02= 0 x0pe05
	<p>Quanti fratelli sono ancora in vita?</p> <p>Quante sorelle sono ancora in vita?</p>	<p>x0pe02c</p> <p>x0pe02d</p>	<p> _ _ </p> <p> _ _ </p>	
x0pe04	<p>Lei è gemello o parte di un parto gemellare?</p>	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0pe05	<p>Dove abitava la sua famiglia quando è nato/a?</p> <p>INT: Wo sind Sie aufgewachsen?</p>	<p>x0pe05a</p> <p>x0pe05b</p> <p>x0pe05c</p>	<p>Comune _____</p> <p>Provincia _____</p> <p>Stato _____</p>	
x0pe06	<p>Si riferisca alla lista 1: Qual è il suo stato civile?</p>	x0pe06	<input type="checkbox"/> 1 Sposato/Convivenza/Partner <input type="checkbox"/> 2 Separato/Divorziato <input type="checkbox"/> 4 Vedovo/a <input type="checkbox"/> 5 Single/mai sposato <input type="checkbox"/> 6 Preferisco non rispondere	

x0pe11	Quanti figli e quante figlie ha? INT: Gemeint sind nur lebende Kinder.	x0pe11a x0pe11b	Numero dei figli _ _ Numero delle figlie _ _	
x0pe08	Si riferisca alla lista 2: Qual è il suo più alto titolo di studio conseguito?	x0pe08	<input type="checkbox"/> 1 Nessun titolo <input type="checkbox"/> 2 Licenza elementare <input type="checkbox"/> 3 Licenza media <input type="checkbox"/> 4 Diploma professionale (istituto professionale) <input type="checkbox"/> 5 Diploma di maturità (liceo/istituto tecnico) <input type="checkbox"/> 6 Diploma di laurea o superiore	
x0pe09	Complessivamente per quanti anni ha frequentato la scuola (dalla prima classe elementare)? INT: Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium. Es zählen nur vollendete Jahre.	x0pe09	_ _	

Occupation

<i>Le prossime domande si riferiscono al suo lavoro.</i>					
x0oc00	Si riferisca alla lista 3: Lei attualmente ha un impiego?	x0oc00	<input type="checkbox"/> 1 Sì, a tempo pieno <input type="checkbox"/> 2 Sì, regolarmente a tempo parziale		
			<input type="checkbox"/> 3 Sì, irregolarmente o occasionalmente <input type="checkbox"/> 4 No	x0oc01	
	Qual è l'indirizzo del suo attuale posto di lavoro?		Via/Piazza e numero civico: _____ CAP: _____ Comune ed eventuale frazione _____ Provincia _____ Stato _____		x0oc13
x0oc01	In passato ha svolto una professione?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	if age <= 75 x0oc10 if age > 75 x0oc13
x0oc01a	Fino a quale anno ha avuto regolarmente un impiego?	x0oc01a	Anno _ _ _ _ _		if age > 75 x0oc13
x0oc10			<input type="checkbox"/> 1 Disoccupato/a		
		x0oc10	<input type="checkbox"/> 2 Casalingo/a <input type="checkbox"/> 3 Studente <input type="checkbox"/> 5 In formazione o riqualificazione professionale <input type="checkbox"/> 6 Congedo di maternità/paternità o altro congedo <input type="checkbox"/> 4 Pensionato/a <input type="checkbox"/> 7 Tirocinio, volontariato		if x0oc01= 1 x0oc13 if x0oc01= 2 x0rh01
x0oc11	Da quando lei è disoccupato/a senza interruzioni?	x0oc11a, x0oc11b	_ _ . _ _ _ _ _ Mese Anno		
x0oc13	Percepisce o in passato ha percepito una pensione per ridotta capacità al lavoro? (p.es. pensione di invalidità o pensione per infortunio)	x0oc13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc02a if x0oc01 = 2 x0rh01a

x0oc13	Quando ha percepito questa pensione? O fino ad ora INT: Falls die Rente immer noch bezogen wird, muss das Feld "oder bis jetzt" mit "Ja" beantwortet werden. Ansonsten Feld leer lassen.	x0oc13a Da (anno) _ _ _ _ x0oc13b A (anno) _ _ _ _ x0oc13c <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	if x0oc01= 2 x0rh01a
x0oc02	Si riferisca alla lista 5: Quale professione/attività ha svolto per almeno 1 anno? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. 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 _____	
		x0oc02c Da (anno) _ _ _ _ x0oc02d A (anno) _ _ _ _	
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc03 <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc03	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	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 _____	
		x0oc03c Da (anno) _ _ _ _ x0oc03d A (anno) _ _ _ _	
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc04 <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08

x0oc04	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc04a	<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)		
		x0oc04b	Altro _____		
		x0oc04c	Da (anno) _ _ _ _		
		x0oc04d	A (anno) _ _ _ _		
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc05	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc05a	<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)		
		x0oc05b	Altro _____		
		x0oc05c	Da (anno) _ _ _ _		
		x0oc05d	A (anno) _ _ _ _		
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc06	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc06a	<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)		
		x0oc06b	Altro _____		
		x0oc06c	Da (anno) _ _ _ _		
		x0oc06d	A (anno) _ _ _ _		
	Ha svolto un'altra professione/attività per almeno 1 anno?	x0oc07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc07	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc07a	<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)		
		x0oc07b	Altro _____		
		x0oc07c	Da (anno) _ _ _ _		
		x0oc07d	A (anno) _ _ _ _		

x0oc08	Si riferisca alla lista 6: Come classificherebbe la sua professione ossia la sua attività principale?	x0oc08	<input type="checkbox"/> 1 Come lavoro fisico pesante <input type="checkbox"/> 2 Come lavoro fisico mediamente pesante <input type="checkbox"/> 3 Come lavoro fisico leggero <input type="checkbox"/> 4 Nessuno lavoro fisico degno di nota																																																																										
x0rh01 x0rh02 x0rh03 x0rh04 x0rh05 x0rh06 x0rh07 x0rh08 x0rh09 x0rh10	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)				<div>end</div>																																																																								
	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Dove? (Luogo)</th> <th>Da (anno)</th> <th>A (anno)</th> <th colspan="2">Altro luogo?</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Dove? (Luogo)	Da (anno)	A (anno)	Altro luogo?						Sì	No		_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _			
	Dove? (Luogo)	Da (anno)	A (anno)	Altro luogo?																																																																									
				Sì		No																																																																							
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																						
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																								
_____	_ _ _ _	_ _ _ _																																																																											

Exposure

<i>Le prossime domande riguardano l'esposizione a fattori di rischio ambientale.</i>					
x0ex10	Lei coltiva la terra (fa lavori di giardiaggio, anche in un orticello)?	x0ex10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex12
x0ex11	Utilizza pesticidi (insetticida, erbicida, fungicida)?	x0ex11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex12
x0ex11a	Si riferisca alla lista 7: Quante volte fa uso di tali sostanze?	x0ex11a	<input type="checkbox"/> 1 1 volta alla settimana e più <input type="checkbox"/> 2 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 3 Più di rado		
x0ex12	Nel suo appartamento/nella sua casa fa o ha fatto uso di sostanze chimiche per la lotta contro insetti o parassiti (p.es. repellente, elettroemanatore/ fornellini a piastrine)?	x0ex12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex13
x0ex12a	Si riferisca alla lista 7: Quante volte fa uso di tali sostanze?	x0ex12a	<input type="checkbox"/> 1 1 volta alla settimana e più <input type="checkbox"/> 2 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 3 Più di rado		
x0ex13	Nel suo appartamento/nella sua casa fa o ha fatto uso di preservanti del legno? INT: Gemeint sind Holzimprägnierungsmittel, Lack, Holzkittlösungen	x0ex13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ex21
x0ex13a	Si riferisca alla lista 8: Quante volte fa uso di tali sostanze?		<input type="checkbox"/> 1 Più di 1 volta all'anno <input type="checkbox"/> 2 Circa 1 volta all'anno <input type="checkbox"/> 3 Meno di 1 volta all'anno		
x0ex21	Durante il suo lavoro o i suoi hobbies, è stato esposto FREQUENTEMENTE alle seguenti sostanze?		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div> <div> <div>x0ex21 Detergente, disinfettante <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> <div>x0ex22 Gas di scarico di motori <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> <div>x0ex23 Polvere di legno <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> <div>x0ex24 Polvere di grano <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> <div>x0ex25 Lana di roccia o lana di vetro <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> <div>x0ex26 Asbesto o amianto <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div>		

x0ex21	{Durante il suo lavoro o i suoi hobbies è stato esposto FREQUENTEMENTE alle seguenti sostanze?}		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x0ex27 Metalli (Nickel, cromo, ferro, acciaio)</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex28 Metalli pesanti (piombo, cadmio, mercurio) o arsenico</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex29 Solventi (p.es. PER, TRI) o colori</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex30 Prodotti del petrolio (benzina, diesel, catrame)</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex31 Onde (raggi X, microonda, materiale radioattivo)</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex32 Pesticidi</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sì	No	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	
	Sì	No																							
x0ex27 Metalli (Nickel, cromo, ferro, acciaio)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
x0ex28 Metalli pesanti (piombo, cadmio, mercurio) o arsenico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
x0ex29 Solventi (p.es. PER, TRI) o colori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
x0ex30 Prodotti del petrolio (benzina, diesel, catrame)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
x0ex31 Onde (raggi X, microonda, materiale radioattivo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
x0ex32 Pesticidi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
x0ex20	Sul posto di lavoro è esposto/a a forti rumori?	x0ex20	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td>Sì</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Sì	<input type="checkbox"/> 2	No																		
<input type="checkbox"/> 1	Sì	<input type="checkbox"/> 2	No																						

Birth

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua nascita e sviluppo.</i>			
x0bi01a	Qual era il suo peso alla nascita? INT: Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt bei einer Schwangerschaft mit normaler Dauer oberhalb von 3000g. Frühgeborene liegen etwa bei 1500-2000g. Weniger als 500g entsprechen einem extrem geringen Geburtsgewicht mit geringen Überlebenschancen.	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Esattamente <input type="checkbox"/> 2 Circa	
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bi03
		x0bi01	_ _ _ In grammi	
x0bi03	Lei è nato pre- o postmaturo? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi03	<input type="checkbox"/> 1 Prematuro	
			<input type="checkbox"/> 2 Normale	x0bi04
			<input type="checkbox"/> 3 Postmaturo <input type="checkbox"/> 4 Non lo so	
x0bi02a	In quale settimana di gravidanza si trovava sua madre al momento della nascita? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02a	<input type="checkbox"/> 1 Esattamente <input type="checkbox"/> 2 Circa	
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bi04
		x0bi02	_ _ In settimane	
x0bi04	Si riferisca alla lista 9: Come è nato/a?	x0bi04	<input type="checkbox"/> 1 Parto normale <input type="checkbox"/> 2 Parto con l'aiuto di forcipe o ventosa <input type="checkbox"/> 3 Parto cesareo <input type="checkbox"/> 4 Non lo so	

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

Women

	Le seguenti domande riguardano la sfera ginecologica.			if male end
x0wo01a	A quale età ha avuto la prima mestruazione?	x0wo01a x0wo01b x0wo01c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/>1 Finora non ho avuto le mestruazioni <input type="checkbox"/>2 Non lo so </div>	
x0wo03	Attualmente fa uso di contraccettivi ormonali? INT: Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.		<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0wo04a
		x0wo03	<input type="checkbox"/> 6 No	
			<input type="checkbox"/> 2 Preferisco non rispondere	if age<=55y x0wo05 if age>55y x0wo12
x0wo02	Ha mai fatto uso di contraccettivi ormonali (si intende pillola anticoncezionale, implanon, iniezione contraccettiva dei 3 mesi o anello vaginale ormonale)?	x0wo02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/>2 No <input type="checkbox"/>3 Non lo so </div>	if age<=55y x0wo05 if age>55y x0wo12
x0wo04	Per quanti anni o mesi ha fatto uso di contraccettivi ormonali? INT: Nur Dauer der tatsächlichen Einnahme erfragen! Angabe erfolgt in Monaten (nur bis zu 12 Monate!) ODER Jahren. Wenn >1 Jahr auf ganzes Jahr ab- bzw. aufrunden. Bitte DAUER ALLER GENOMMENEN PRÄPARATE (Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring) AUFSUMMIEREN!	x0wo04a x0wo04b	<div style="margin-bottom: 10px;"> _ _ Numero di mesi </div> <div> _ _ o numero di anni </div>	if age>55y x0wo12
x0wo05	Attualmente è incinta?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/>2 No <input type="checkbox"/>3 Non lo so, possibile </div>	x0wo06
	In quale settimana di gravidanza si trova?	x0wo05a	_ _	
x0wo12	Lei è mai stata incinta? (inclusi aborti e bambini nati morti!)	x0wo12	<input type="checkbox"/> 1 Sì <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/>2 No <input type="checkbox"/>3 Non lo so </div>	x0wo06

x0wo12a	Quanti figli ha dato alla luce, inclusi bambini nati morti? INT: Definition stillbirth: Birth of a dead fetus after a pregnancy of at least 28 weeks (or 7 months).	x0wo12a	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>		
x0wo06	Ha ancora le mestruazioni? INT: Gemeint ist das endgültige Ausbleiben Ihrer Regelblutung	x0wo06	<input type="checkbox"/> 2 No	<div> <input type="checkbox"/>1 Sì <input type="checkbox"/>3 Non lo so </div>	end
	Quando sono cessate le mestruazioni?	x0wo07	Età <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		
x0wo08	Per quale motivo sono venute a mancare le mestruazioni? Specificare l'altro motivo	<div>x0wo08</div> <div>x0wo08a</div>	<div> <input type="checkbox"/>1 Menopausa <input type="checkbox"/>2 Operazione <input type="checkbox"/>3 Altro motivo </div> <div></div>		end
x0wo09	Attualmente fa uso di preparati ormonali sostitutivi per la menopausa? INT: Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo09	<input type="checkbox"/> 2 No	<div> <input type="checkbox"/>1 Sì <input type="checkbox"/>3 Non lo so </div>	x0wo11
x0wo10	Ha mai fatto uso di preparati ormonali sostitutivi per la menopausa? INT: Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<div> <input type="checkbox"/>2 No <input type="checkbox"/>3 Non lo so </div>	end
x0wo11	In totale per quanti anni ha fatto uso di preparati ormonali sostitutivi? INT: Zählen Sie bitte nur die Zeiten zusammen, in denen Sie die Präparate eingenommen haben und rechnen Sie Unterbrechungen nicht mit.	<div>x0wo11a</div> <div>x0wo11b</div>	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Numero di anni </div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Numero di mesi se meno di 1 anno </div>		

Nutrition

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

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

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

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

Alcohol

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

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

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

Smoking

	<i>Ora Le vorrei fare alcune domande sul fumo e il fumo passivo.</i>				
x0sm32	Ha mai fumato per almeno un anno? INT: „Ja“ bedeutet mindestens 20 Päckchen Zigaretten im Leben oder 360 Gramm Tabak in Ihrem Leben, oder ein Jahr lang mindestens eine Zigarette pro Tag oder eine Zigarre pro Woche.)	x0sm32	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0sm46
	A che età ha iniziato a fumare? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm33	Età (anni)	<input type="text"/>	
x0sm34	A che età ha iniziato a fumare giornalmente? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm34	Età (anni)	<input type="text"/>	
		x0sm34a	<input type="checkbox"/> 1 Mai fumato giornalmente	<input type="checkbox"/> 2 {No}	
x0sm00	Attualmente fuma sigarette?	x0sm00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0sm39
x0sm35	Quanto fuma ora in media? INT: Mit „durchschnittlich“ ist gemeint: 0-3 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 0 pro Tag 4-10 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 1 pro Tag	x0sm35	Numero di sigarette al giorno:	<input type="text"/>	
		x0sm36	Numero di sigaretti al giorno:	<input type="text"/>	
		x0sm37	Numero di sigari alla settimana:	<input type="text"/>	
		x0sm38	Tabacco da pipa (in grammi/settimana):	<input type="text"/>	
x0sm39	Ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo?	x0sm39	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0sm45
	Ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo per problemi respiratori?	x0sm39a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
	A che età ha interrotto o ridotto l'abitudine al fumo?	x0sm40	Età (anni)	<input type="text"/>	
x0sm41	Prima d'interrompere o ridurre l'abitudine al fumo, quanto fumava in media tenendo conto dell'intero periodo di fumo?	x0sm41	Numero di sigarette al giorno:	<input type="text"/>	
		x0sm42	Numero di sigaretti al giorno:	<input type="text"/>	
		x0sm43	Numero di sigari alla settimana:	<input type="text"/>	
		x0sm44	Tabacco da pipa (in grammi/settimana):	<input type="text"/>	
x0sm45	Aspira o aspirava il fumo?	x0sm45	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	

x0sm46	Negli ultimi 12 mesi è stato regolarmente esposto al fumo di tabacco? INT: Regelmäßig bedeutet: an den meisten Tagen oder Nächten.	x0sm46	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
	Escluso lei, quante persone fumano regolarmente in casa sua?	x0sm47	_ _		
	Si fuma regolarmente nella stanza dove lavora?	x0sm48	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
	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? Per quante ore al giorno è esposto al fumo di tabacco delle altre persone nei seguenti luoghi:	x0sm49a	In casa:	_ _ ore al giorno	
		x0sm49b	Nel posto di lavoro:	_ _ ore al giorno	
		x0sm49c	Nei bar, nei ristoranti, nei cinema o in luoghi di ritrovo simili	_ _ ore al giorno	
		x0sm49d	In altri luoghi:	_ _ ore al giorno	

Chronic diseases

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua salute.</i>					
x0cd01	Un medico le ha mai diagnosticato una malattia del fegato? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd06	
	Si ricorda il nome della malattia?	x0cd01e x0cd01f	<input type="checkbox"/> 1 Cirrosi epatica <input type="checkbox"/> 2 Altro Altro _____			
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd01a, x0cd01b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>			
x0cd06	Un medico le ha mai diagnosticato una gotta? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd10	
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd06a, x0cd06b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>			
x0cd10	Un medico le ha mai diagnosticato osteoporosi? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd14	
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd10a, x0cd10b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>			
x0cd14	Le è stata diagnosticata una vasculite (incluso Lupus Eritematoso)?	x0cd14	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end	
	Si ricorda il nome della malattia?	x0cd14d	_____			
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd14a, x0cd14b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>			

Cancer

x0ca00	Le è mai stato diagnosticato un tumore maligno (cancro)? INT: Gemeint ist bösartiger Krebs	x0ca00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end	
x0ca00a	Quanti tumori maligni (cancro) ha avuto?	x0ca00a	_ _			
x0ca01a	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... INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren. (x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a) Denominazione e localizzazione? INT: Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsenkrebs 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)					
	Anno	Denominazione e localizzazione	Ricoverato per trattamento? No Sì		Ospedale	end 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 ➡	_____	

Diabetes

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

Kidney diseases

x0ki00	Un medico le ha mai diagnosticato una malattia renale? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki09
x0ki01	Era una glomerulonefrite?	x0ki01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki02
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0ki01a, x0ki01b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Ricorda il nome preciso della diagnosi?	x0ki01d	_____		
x0ki02	Era una pielonefrite?	x0ki02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki04
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0ki02a, x0ki02b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0ki04	Era una malattia delle arterie renali (inclusa stenosi dell'arteria renale)?	x0ki04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki05
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0ki04a, x0ki04b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Ricorda il nome specifico della malattia o la diagnosi?	x0ki04d	_____		
x0ki05	Era una malattia renale ereditaria o congenita (incluso Rene Policistico)?	x0ki05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki07
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0ki05a, x0ki05b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Ricorda il nome specifico della malattia o la diagnosi?	x0ki05d	_____		
x0ki07	Le sono stati diagnosticati calcoli renali?	x0ki07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki08
	In quale anno sono stati diagnosticati per la prima volta calcoli renali?	x0ki07a, x0ki07b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0ki08	Le è stata diagnosticata un'altra malattia renale?	x0ki08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki09

	Se lo ricorda, specifichi il nome della malattia:	x0ki08d				
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0ki08a, x0ki08b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			
x0ki09	Un medico le ha mai diagnosticato o riportato una ridotta funzionalità renale o una insufficienza renale?	x0ki09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki19
	In quale anno?	x0ki09a, x0ki09b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			
	L'insufficienza renale è tuttora presente?	x0ki09c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ki22	È mai stato sottoposto a dialisi?	x0ki22	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki23
	Quando ha fatto la prima dialisi?	x0ki22a, x0ki22b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			
x0ki23	È tuttora in dialisi?	x0ki23	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì		x0ki10
	Quando ha fatto l'ultima dialisi?	x0ki23a, x0ki23b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			
x0ki10	Ha mai subito un trapianto di rene?	x0ki10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki19
	Quanti trapianti?	x0ki10a			<div> <div></div><div></div> </div>	
x0ki11a	Anno del primo trapianto	x0ki11a, x0ki11b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		if x0ki10a = 1 x0ki19	
x0ki12a	Anno del secondo trapianto	x0ki12a, x0ki12b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		if x0ki10a = 2 x0ki19	
x0ki13a	Anno del terzo trapianto	x0ki13a, x0ki13b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		if x0ki10a = 3 x0ki19	
x0ki14a	Anno del quarto trapianto	x0ki14a, x0ki14b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		if x0ki10a = 4 x0ki19	
x0ki15a	Anno del quinto trapianto	x0ki15a, x0ki15b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			

x0ki19	Ha mai donato un rene?	x0ki19	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki20
	In quale anno?	x0ki19a, x0ki19b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
x0ki20	È stato operato per angioplastica delle arterie renali?	x0ki20	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki21
	In quale anno?	x0ki20a, x0ki20b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
x0ki21	È stato operato ai reni per qualche altro motivo?	x0ki21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Può specificare il motivo?	x0ki21c	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>			
	In quale anno?	x0ki21a, x0ki21b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			

Blood values

x0bl01	Un medico le ha mai detto che lei soffre di ipertensione o che ha la pressione alta? INT: Bitte Frage langsam vorlesen! Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bl02
x0bl01b	Che età aveva la prima volta che il medico le ha detto che aveva la pressione alta? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl01b	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> </div> Età di allora		if sex = male x0bl02
x0bl01c	L'ipertensione era limitata al periodo della gravidanza?	x0bl01c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
x0bl02	Ha mai preso farmaci contro l'ipertensione in seguito a prescrizione medica?	x0bl02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bl12
	A che età ha iniziato a prendere i farmaci? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl02a	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> </div> Età di allora		
	Li prende tuttora?	x0bl02b	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0bl12
	Quando ha smesso di prenderli? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren	x0bl02c	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> </div> Età di allora		
x0bl12	Un medico le ha mai detto che ha i lipidi elevati (colesterolo o trigliceridi)?	x0bl12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0bl12a	Ha mai preso farmaci per questo in seguito a prescrizione medica?	x0bl12a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	A che età ha iniziato a prendere i farmaci? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl12b	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> </div> Età di allora		
	Li prende tuttora?	x0bl12c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	

Thyroid diseases

x0th00	Le è mai stata diagnosticata una malattia alla tiroide?	x0th00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	x0th12
x0th01 x0th02 x0th03 x0th04 x0th05 x0th06 x0th07	Quale malattia alla tiroide le è stata diagnosticata? If YES: In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. 1. Ipotiroidismo 2. Sindrome di Hashimoto 3. Iperitiroidismo 4. Morbo di Basedow o di Graves 5. Gozzo 6. Nodo 7. Tumore alla tiroide	x0th02, x0th02a x0th07, x0th07a x0th01, x0th01a x0th05, x0th05a x0th03, x0th03a x0th04, x0th04a x0th06, x0th06a	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-weight: bold; font-size: small;"> No Non so Sì </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-weight: bold; font-size: small;"> Anno della diagnosi </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ⇒ </div> <div style="text-align: right;"> Anno <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> </div> </div>			
x0th09	8. Le è stata diagnosticata una malattia alla tiroide diversa da quelle elencate?	x0th09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	
if sex = female AND children >0 => x0th08 if sex = male OR children=0 AND (x0th02, ..., x0th09 = 2 or 3) => x0th12 if sex = male OR children=0 AND (x0th02= 1 OR x0th03= 1 OR ..., x0th09= 1) => x0th12						
	In quale anno le è stata diagnosticata per la prima volta?	x0th09a	Anno		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div>	
	Si ricorda il nome della malattia? (OPPURE: Potrebbe descriverla in poche parole?)	x0th09b	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px; display: inline-block;"></div>			if sex = male OR children=0 x0th12
x0th08	9. Ha sofferto di alterazioni alla tiroide durante la gravidanza?	x0th08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	
x0th12	È mai stato/a sottoposto/a ad un' operazione alla tiroide?	x0th12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non so	x0th13

x0th12a	In quale anno?	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		x0th13
			<input type="checkbox"/> 4 Altro		
	Provvederebbe descrivere il tipo di operazione?	x0th12c	_____		
x0th13	Si riferisca alla lista 19: È mai stato/a sottoposto/a a una terapia per la tiroide?	x0th13	<input type="checkbox"/> 1 Sì, terapia con radioiodio <input type="checkbox"/> 2 Sì, trattamento medico o farmacologico		
			<input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non so		x0th14
	Si ricorda l'anno del primo trattamento?	x0th13a	Da (Anno) _ _ _ _ 		
	Fino a quale anno è durato il trattamento? INT: enter 3000 if the therapy is continuing)	x0th13b	A (Anno) _ _ _ _ 		
x0th14	Ci sono altre persone nella sua famiglia che soffrono o hanno sofferto di malattie alla tiroide?	x0th14	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non so	end
x0th14a	Mi potrebbe dire qual è il grado di parentela?		[CHECKBOX] Sì No		
		x0th14a	Madre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14b	Padre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14c	Fratello/i	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14d	Sorella/e	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14e	Figlio/i	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14f	Figlia/e	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	Si ricorda il nome della malattia?	x0th14g	_____		

Myocardial infarction

x0mi00	Ha mai accusato dolori o disagi a livello del torace? INT: Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0mi08
x0mi01	Questi dolori o questo disagio insorgono quando va di fretta, va in salita o per qualsiasi altro sforzo fisico?		<input type="checkbox"/> 1 Sì		
		x0mi01	<input type="checkbox"/> 2 No		x0mi07
			<input type="checkbox"/> 3 Non faccio mai sforzo fisico <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
x0mi02	Questi disturbi insorgono quando cammina lungo un tragitto piano a velocità normale?	x0mi02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0mi03	Si riferisca alla lista 20: Cosa fa se accusa dolori o disagi a livello del torace mentre sta camminando?	x0mi03	<input type="checkbox"/> 1 Vado più piano o mi fermo <input type="checkbox"/> 3 Assumo nitroglicerina		
			<input type="checkbox"/> 2 Continuo a camminare con la stessa velocità		x0mi07
x0mi04	I disturbi svaniscono entro 10 minuti se cammina più lentamente o si ferma?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0mi07
x0mi05a	Mi mostrerebbe dove accusa questo dolore o questo disagio? INT: Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren. Se un altro punto, quale?	x0mi05a	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		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		

x0mi06	Il dolore o disagio si irradia al braccio sinistro?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0mi07	Ha mai accusato un forte dolore trasversale al torace, che è durato mezz'ora o più?	x0mi07	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

x0mi08	Che lei sappia ha una malattia alle coronarie? INT: Arterienverkalkung der Herzkrankgefäße Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0mi08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0mi09
	In quale anno è stata diagnosticata?	x0mi08b, x0mi08c	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Anno ossia età di allora </div>		
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0mi08d	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/>1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/>2 Sì, attualmente </div> <div> <input type="checkbox"/>3 No <input type="checkbox"/>4 Non lo so </div> </div>		
x0mi09	Ha mai avuto un infarto miocardico accertato da un medico?	x0mi09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0mi16
x0mi10	Quanti infarti miocardici ha avuto complessivamente?	x0mi10	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
x0mi11a	<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>INT: 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>				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Anno <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div> Ricoverato per trattamento? No Sì <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 </div> <div> Ospedale <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div>				x0mi16 if x0mi10 = 1 = 2 = 3 = 4 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
x0mi16	È mai stato/a sottoposto/a a coronarografia?	x0mi16	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0mi17	È mai stato/a sottoposto/a ad un' operazione al cuore?	x0mi17	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0mi18	È mai stato/a sottoposto/a ad un intervento di bypass o angioplastica (stent)?	x0mi18	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

Heart failure

x0hf01	Quando fa degli sforzi, nota che le manca il respiro o fa fatica a respirare? INT: (Dyspnoe) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf02
	Da quando? (Anno)	x0hf01a, x0hf01b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0hf02	Soffre di "acqua nei polmoni" (edema polmonare)? INT: (Linksherzinsuffizienz) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf03
	Da quando? (Anno)	x0hf02a, x0hf02b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0hf03	Ha spesso le gambe gonfie (edema alle gambe)? INT: (Rechtsherzinsuffizienz) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf04
	Da quando? (Anno)	x0hf03a, x0hf03b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0hf04	Che lei sappia ha una miocardite? INT: (Myokarditis) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf05
		x0hf04a, x0hf04b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf04c	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

x0hf05	Che lei sappia soffre di una miocardiopatia? (p.es. cardiomiopatia ipertrofica) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf06
		x0hf05a, x0hf05b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf05c	_____		
x0hf06	Le è mai stato diagnosticato un problema alle valvole del cuore? INT: Non semplicemente auscultazione di un soffio al cuore, ma e.g. ecocardiograma Septumdefekt = "Loch im Herzen", Klappendefekt = Herzklappenfehler	x0hf06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf07
	Descriva il problema in maniera possibilmente accurata:	x0hf06a	_____		
x0hf07	È mai stato/a sottoposto/a ad un elettrocardiogramma? (esclusi elettrocardiogrammi obbligatori eseguiti per ragioni sportive o lavorative o prima di un intervento) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf08
	L' elettrocardiogramma aveva mostrato anomalie di rilievo?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0hf08
	Quali?	x0hf07d	_____		
	Si ricorda quando l'ECG ha mostrato anomalie di rilievo per la prima volta?	x0hf07a, x0hf07b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0hf08	Un medico le ha mai diagnosticato un' insufficienza cardiaca? INT: (Pumpschwäche des Herzmuskels) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end

	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0hf08a, x0hf08b	<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Anno</div></div> <div><div><div></div><div></div></div><div>ossia età di allora</div></div>	
--	---	---------------------	--	--

Cardiac arrhythmias

x0af02	Soffre di fibrillazione atriale? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af07	
	Le è stata diagnosticata da un medico?	x0af02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af03	
		x0af02b, x0af02c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0af02d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 4 Non lo so			
x0af03	Durante la fibrillazione atriale insorgono disturbi?	x0af03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af04	
x0af03a	Si riferisca alla lista 21: Quali?		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div>			
		x0af03a	Tachicardia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03b	Extrasistole	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03c	Debolezza/stanchezza	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03d	Dispnea	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03e	Dolori al torace	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03f	Ansia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03g	Vertigine	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03h	Altri	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
x0af03i	Descriva gli altri disturbi	x0af03i	_____			
x0af04	La fibrillazione atriale è di tipo cronico, cioè continua e senza interruzione?		<input type="checkbox"/> 1 Sì			x0af07
		x0af04	<input type="checkbox"/> 2 No			
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so			x0af07

x0af05	Si riferisca alla lista 22: Quanto spesso insorge la fibrillazione atriale?	x0af05	<input type="checkbox"/> 1 Una volta al giorno <input type="checkbox"/> 2 Una volta alla settimana <input type="checkbox"/> 3 Una volta al mese <input type="checkbox"/> 4 Una volta all'anno		
x0af06	Si riferisca alla lista 23: Quanto dura un attacco di fibrillazione atriale in media?	x0af06	<input type="checkbox"/> 1 Secondi <input type="checkbox"/> 2 Minuti <input type="checkbox"/> 3 Ore <input type="checkbox"/> 4 Giorni		
x0af07	Ha sofferto di extrasistole, battito cardiaco irregolare, tachicardia o palpitazioni? INT: Schnelleres Herzklopfen, das durch Aufregung verursacht ist, ist nicht mit einzuberechnen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af08
		x0af07a, x0af07b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">Anno</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">ossia età di allora</div> </div>		
	Descriva il tipo di aritmia cardiaca	x0af07c	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
x0af08	È già stato/a sottoposto/a ad una terapia con elettroshock per via di un' aritmia cardiaca?	x0af08	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0af09	È insorto uno svenimento con arresto cardiaco? (INT: Non si intende una perdita dei sensi ma una sincope a causa di un arresto cardiaco, fibrillazione ventricolare o altre aritmie cardiache, che mettono in pericolo la vita.) INT: 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.	x0af09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af10

	Si trovava sotto sforzo fisico o mentale?	x0af09a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0af10	<p>È mai stato rianimato da un medico, un sanitario o da un'altra persona?</p> <p>INT: Gemeint ist eine Herzdruck-massage aufgrund eines Herzstill-standes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung</p>	x0af10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0af11	Lei porta un pacemaker o un defibrillatore impiantato?	x0af11	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0af12	Soffre o ha sofferto di altre malattie al cuore di cui non abbiamo ancora parlato?	x0af12	<input type="checkbox"/> 1 Sì <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"><input type="checkbox"/>2 No</div>	end
	Descriva la malattia al cuore in maniera possibilmente accurata:	x0af12a	_____	

Circulation

x0ci01	Un medico le ha mai detto che ha una zoppia o una malattia arteriosa periferica (cattiva circolazione alle gambe, arterie delle gambe bloccate o ristrette)? INT: Escludendo flebite e vene varicose	x0ci01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ci03
x0ci02	Per le condizioni sopra descritte è mai stato sottoposto a...	x0ci02a x0ci02b x0ci02c	<div style="text-align: right;">Sì No Non lo so</div> Un'angiografia (mezzo di contrasto iniettato nelle arterie delle gambe)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Un'angioplastica (palloncino-stent per aprire un blocco)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Un intervento chirurgico per migliorare la circolazione nelle gambe (escludendo la chirurgia per le vene varicose)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
x0ci03	Ha mai avuto le vene varicose nelle gambe (escluso il periodo della gravidanza)?	x0ci03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci04	Ha mai avuto la flebite alle vene superficiali delle gambe?	x0ci04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci05	Un medico le ha mai detto che lei ha avuto un embolo polmonare o un coagulo di sangue nei polmoni?	x0ci05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ci06	Un medico le ha mai detto che lei ha avuto la trombosi venosa profonda o dei coaguli di sangue alle gambe?	x0ci06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	È mai stato trattato da un medico o da un'infermiera con iniezioni, a domicilio o in ambulatorio (di solito seguite dall'assunzione di farmaci anticoagulanti come Coumadin, Warfarin) , per dei coaguli di sangue alle gambe o trombosi venosa profonda o TVP?	x0ci06a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Ha mai fatto esami ambulatoriali (p. es. esame doppler) per coaguli alle gambe o trombosi venosa profonda o TVP?	x0ci06b	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

Stroke

x0st21	Le hanno mai diagnosticato un attacco ischemico transitorio (TIA)? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st00
	Quando? (Anno)	x0st21a, x0st21b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> </div> Anno <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-left: 50px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> </div> ossia età di allora		
	Descriva la situazione di allora in maniera possibilmente accurata:	x0st21c			
x0st00	Ha mai avuto un ictus accertato da un medico?	x0st00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st07
x0st06a	Quando ha avuto il primo ictus?	x0st06a x0st06b	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> M M Y Y Y Y </div>		
x0st07	Ha mai avuto un'improvvisa perdita o alterazione della parola della durata di 24 o più ore?	x0st07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st08
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st07a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0st08	Ha mai avuto una improvvisa perdita o annebbiamento della vista della durata di 24 ore o più?	x0st08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st09
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st08a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
x0st09	Ha mai avuto un improvviso sdoppiamento della vision della durata di 24 ore o più?	x0st09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st10
x0st09a	Chiudendo un occhio la vision doppia è andata via?		<input type="checkbox"/> 1 Sì		
		x0st09a	<input type="checkbox"/> 2 No		x0st10
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
	Questo episodio si è verificato improvvisamente?	x0st09b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

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

Neurology

x0ne09	Un medico le ha mai diagnosticato epilessia? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne10
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta epilessia?	x0ne09a, x0ne09b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0ne10	Un medico le ha mai diagnosticato convulsioni febbrili (di solito da bambini)? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne02
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta convulsioni febbrili?	x0ne10a, x0ne10b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0ne02	Trema in maniera incontrollabile? INT: auch: Schrift im Vergleich zu früher zittriger oder kleiner geworden. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0pk01
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne03
	Quando? (Anno)	x0ne02b, x0ne02c	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne02d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
x0ne03	Dove trema (braccia, gambe, testa, ...):	x0ne03a	_____		
	Trema a riposo, ad esempio quando sta seduto sul divano a vedere la televisione?	x0ne03b	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
	Trema in movimento o in determinate posture, ad esempio se tiene una tazza, un bicchiere o il cucchiaino per la minestra? (tremore posturale-cinetico)	x0ne03c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	

x0pk01	Ha o ha avuto problemi ad alzarsi da una sedia?	x0pk01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk02	La Sua scrittura è diventata più piccola rispetto a prima?	x0pk02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk03	Qualcuno Le ha detto che la Sua voce è più bassa di prima?	x0pk03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk04	Ha o ha mai avuto la sensazione d'instabilità quando in piedi?	x0pk04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk05	Ha mai avuto l'impressione che i suoi piedi sembrano "incollati" al pavimento?	x0pk05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk06	Qualcuno Le ha detto che il Suo viso è meno espressivo di una volta?	x0pk06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk07	Le Sue braccia o le Sue gambe tremano?	x0pk07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk08	Le capita di avere difficoltà a sbottonare i bottoni?	x0pk08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk09	I suoi piedi strisciano nel camminare o fa passi più piccoli di prima?	x0pk09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk10	Qualcuno Le ha mai detto che lei ha il morbo di Parkinson?	x0pk10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk11	Ha mai assunto farmaci come Sinemet o Madopar?	x0pk11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ne06	Nota perdita della memoria (anche disturbi dell'orientamento)? P.es. perdersi nei tragitti conosciuti INT: M. Alzheimer Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne07
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne06a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne07
	Da quando? (Anno)	x0ne06b, x0ne06c	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div>Anno</div> <div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div>ossia età di allora</div>			
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne06d	<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		

x0ne07	Un medico le ha mai diagnosticato sclerosi multipla? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	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?	x0ne07a, x0ne07b	<div> <div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> </div> <div>Anno</div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> </div> <div>ossia età di allora</div>		
x0ne08	Soffre di disagi, formicolii o dolori (acuti) alla mano? INT: Karpaltunnelsyndrom, Kompressionsneuropathie des N. medianus im Handgelenk Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne21
	Da quando? (Anno)	x0ne08a, x0ne08b	<div> <div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> </div> <div>Anno</div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> </div> <div>ossia età di allora</div>		
x0ne21	Soffre di altri sintomi o malattie neurologiche di cui non abbiamo ancora parlato? INT: Depression und Unruhe sind auszuschließen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0ne21e	Descriva la malattia neurologica in maniera possibilmente accurata:	x0ne21e	<div> <div></div> </div>		
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne21a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne22
	Da quando? (Anno)	x0ne21b, x0ne21c	<div> <div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> </div> <div>Anno</div> <div> <div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> </div> </div> </div> <div>ossia età di allora</div>		
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne21d	<div> <div> <div><input type="checkbox"/>1 Sì, nel passato</div> <div><input type="checkbox"/>3 No</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>2 Sì, attualmente</div> <div><input type="checkbox"/>4 Non lo so</div> </div> </div>		
x0ne22	Ha un'altra malattia neurologica di cui non abbiamo ancora parlato	x0ne22	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0ne22e	Descriva la malattia neurologica in maniera possibilmente accurata:	x0ne22e	<div> <div></div> </div>		

	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne22a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Da quando? (Anno)	x0ne22b, x0ne22c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>			
	È stato o è tuttora trattato da un medico per questo?	x0ne22d	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/>1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/>2 Sì, attualmente </div> <div> <input type="checkbox"/>3 No <input type="checkbox"/>4 Non lo so </div> </div>			

Migraine

x0mg01	Negli ultimi 12 mesi ha avuto mal di testa?	x0mg01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end															
x0mg02a	Si riferisca alla lista 24: Con che frequenza ha avuto mal di testa negli ultimi 3 mesi?	x0mg02a	<input type="checkbox"/> 1 Raramente o mai (al massimo 1 giorno al mese) <input type="checkbox"/> 2 Sporadicamente (da 2 a 4 giorni al mese) <input type="checkbox"/> 3 Spesso (da 5 a 15 giorni al mese) <input type="checkbox"/> 4 In modo cronico (più di 15 giorni al mese)																		
x0mg04	Si riferisca alla lista 25: Quanto a lungo dura il mal di testa, se non assume un medicinale o se il trattamento non ha successo?	x0mg04	<input type="checkbox"/> 1 Fino a 30 minuti <input type="checkbox"/> 2 Più di 30 minuti fino a 4 ore <input type="checkbox"/> 3 Più di 4 ore fino a 3 giorni <input type="checkbox"/> 4 Più di 3 fino a 7 giorni <input type="checkbox"/> 5 Più di 7 giorni <input type="checkbox"/> 6 Non lo so																		
x0mg05	Per favore indichi quali delle seguenti caratteristiche del mal di testa corrispondono alle sue. Lei ha mal di testa.... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.	x0mg05 x0mg06 x0mg07 x0mg08	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Sì</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>limitato ad una metà della testa?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>che si manifesta su entrambi le parti della testa?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>con carattere pulsante o palpitante?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>con carattere ottuso, opprimente, come una corda che stringe intorno al capo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>				Sì	No	limitato ad una metà della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	che si manifesta su entrambi le parti della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	con carattere pulsante o palpitante?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	con carattere ottuso, opprimente, come una corda che stringe intorno al capo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Sì	No																			
limitato ad una metà della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
che si manifesta su entrambi le parti della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
con carattere pulsante o palpitante?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
con carattere ottuso, opprimente, come una corda che stringe intorno al capo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
x0mg05	Per favore indichi quali delle seguenti caratteristiche del mal di testa corrispondono alle sue. Lei ha mal di testa.... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.	x0mg09 x0mg10 x0mg11 x0mg12	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Sì</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>che si manifesta all'improvviso in un unico punto della testa e si protrae in maniera acuta solo per pochi secondi?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>che ostacola le sue abituali attività quotidiane?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>che si infittisce attraverso sforzo fisico, p.es. fare le scale?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da nausea?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>				Sì	No	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	che ostacola le sue abituali attività quotidiane?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	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	
	Sì	No																			
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																			
che ostacola le sue abituali attività quotidiane?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
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																			

x0mg05	Per favore indichi quali delle seguenti caratteristiche del mal di testa corrispondono alle sue. Lei ha mal di testa.... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.	x0mg13 x0mg14 x0mg15 x0mg16 x0mg17	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sì</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da vomito?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da ipersensibilità acustica?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da ipersensibilità visiva?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da ipersensibilità olfattiva?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </table>		Sì	No	accompagnato da vomito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da ipersensibilità acustica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da ipersensibilità visiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da ipersensibilità olfattiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Sì	No																				
accompagnato da vomito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da ipersensibilità acustica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da ipersensibilità visiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da ipersensibilità olfattiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
x0mg05	Per favore indichi quali delle seguenti caratteristiche del mal di testa corrispondono alle sue. Lei ha mal di testa.... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.	x0mg18 x0mg19 x0mg20	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sì</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da occhi rossi o lacrimanti oppure da naso colante dalla parte della testa colpita dal mal di testa?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da debolezza, da paralisi o sensazione di intorpidimento di un braccio o di una gamba, oppure da disturbi del linguaggio?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di svegliarla?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </table>		Sì	No	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	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	che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di svegliarla?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2							
	Sì	No																				
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																				
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																				
che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di svegliarla?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
x0mg21	Da quanti anni soffre di mal di testa? Per favore specifichi il tempo corrispondente in anni.	x0mg21	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																			
x0mg22	Come classificherebbe l'intensità del mal di testa in media?	x0mg22	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte																			

Pain

x0pn00	Lei soffre di dolore in generale (escluso il mal di testa) da più di 6 mesi in maniera ricorrente?	x0pn00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end	
x0pn01	Soffre di dolori alla schiena?	x0pn01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn11	
x0pn05a	Localizzazione dei dolori (vedi immagine)			Sì No		
		x0pn05a	lombare	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0pn05b	toracica	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0pn05c	cervicale	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
x0pn06a	Il dolore si diffonde nel braccio o nella gamba?			Sì No		
		x0pn06a	Gamba	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0pn06b	Braccio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
x0pn02a	Da quando sono presenti i dolori alla schiena?	x0pn02a	_ _ mesi			
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn02b	_ _ anni			
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn03a	_ _ giorni/mese			
		x0pn03b	_ _ giorni/anno			
	Intensità	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			
x0pn11	Soffre di dolori alle articolazioni?	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn21	
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.					
	Presenti da: (mesi)	x0pn12a	_ _ mesi			
	Presenti da: (anni)	x0pn12b	_ _ anni			
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn13a	_ _ giorni/mese			
		x0pn13b	_ _ giorni/anno			
x0pn14	Quanto forti sono i dolori alle articolazioni?	x0pn14	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte			

	Quali articolazioni riguardano?	x0pn15			
x0pn21	Soffre di altri dolori (p.es. mal di pancia, dolori mestruali, mal di denti)? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn30
	Presenti da: (mesi) Presenti da: (anni)	x0pn22a x0pn22b	<input type="text"/> <input type="text"/> mesi <input type="text"/> <input type="text"/> anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn23a x0pn23b	<input type="text"/> <input type="text"/> giorni/mese <input type="text"/> <input type="text"/> giorni/anno		
x0pn24	Forza dei 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			
x0pn30	Qual è il dolore principale?	x0pn30			
x0pn31	Quanto grande è la compromissione della vita quotidiana causata dal dolore/dai dolori?	x0pn31	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = nessuna compromissione... 10 = compromissione molto elevata		

Other diseases

x0ot01	Ha avuto una lesione permanente causata da un infortunio o incidente stradale?	x0ot01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ot11
x0ot01a	Descrizione della lesione: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot01a			
	Quando? (Anno)	x0ot01b, x0ot01c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Ha avuto un'altra lesione permanente causata da un infortunio?	x0ot02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot11
x0ot02a	Descrizione della lesione: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot02a			
	Quando? (Anno)	x0ot02b, x0ot02c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Ha avuto un'altra lesione permanente causata da un infortunio?	x0ot03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot11
x0ot03a	Descrizione della lesione: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot03a			
	Quando? (Anno)	x0ot03b, x0ot03c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Ha avuto un'altra lesione permanente causata da un infortunio?	x0ot04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot11
x0ot04a	Descrizione della lesione: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04a			
	Quando? (Anno)	x0ot04b, x0ot04c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0ot11	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ot21

x0ot11a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot11a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot11b, x0ot11c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot12a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot12a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot12b, x0ot12c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot13a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot13a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot13b, x0ot13c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot14	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot14a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot14a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot14b, x0ot14c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot15	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21

x0ot15a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot15a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot15b, x0ot15c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot16	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot16a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot16a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot16b, x0ot16c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot17	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot17a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot17a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot17b, x0ot17c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot18	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot18a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot18a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot18b, x0ot18c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot19	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21

x0ot19a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot19a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot19b, x0ot19c	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>		
	Ha un'altra malattia diagnosticata da un medico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot20	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0ot21
x0ot20a	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot20a			
	Da quando ne soffre? (Anno)	x0ot20b, x0ot20c	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>		
x0ot21	È stato sottoposto ad interventi chirurgici di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0ot21a	Di che tipo di intervento si è trattato? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot21a			
	Quando? (Anno)	x0ot21b, x0ot21c	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>		
	È stato sottoposto ad un altro intervento chirurgico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot22	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0ot22a	Di che tipo di intervento si è trattato? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot22a			
	Quando? (Anno)	x0ot22b, x0ot22c	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>		
	È stato sottoposto ad un altro intervento chirurgico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot23	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end

x0ot23a	Di che tipo di intervento si è trattato? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot23a			
	Quando? (Anno)	x0ot23b, x0ot23c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	È stato sottoposto ad un altro intervento chirurgico di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot24	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0ot24a	Di che tipo di intervento si è trattato? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot24a			
	Quando? (Anno)	x0ot24b, x0ot24c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.					

Algometer

	<p><i>In questo test viene misurata la sua sensibilità al dolore in seguito alla pressione. Tra poco appoggerò il misuratore di pressione sul polpastrello del suo dito, aumentando progressivamente la pressione. Questo inizialmente causerà solamente una sensazione di peso ed ad un certo punto la pressione diventerà dolorosa. Dica subito "Stop" nel momento in cui non prova più solo pressione, ma anche dolore. Non aspetti fino a quando il dolore diventa insopportabile, ma dica "Stop" appena inizia a provare dolore. Ora le farò una dimostrazione sul dito medio e poi sarà fatta la misurazione vera e propria sull'indice sinistro.</i></p>			
	Wert in kg einfügen	x0am01	_ _ . _ _	
	Messung wurde am folgenden Zeigefinger durchgeführt:	x0am02	<input type="checkbox"/> 1 links <input type="checkbox"/> 2 rechts	

Family

<i>Le prossime domande riguardano i suoi genitori e nonni.</i>			
	Quando è nato/a? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">D D</div> <div style="text-align: center;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">M M</div> <div style="text-align: center;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">Y Y Y Y</div> </div>

fh04	Qual è il nome e cognome di suo padre? INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		<hr/>	
	Da dove proviene? (Luogo)		<hr/>	
	Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		<div style="text-align: center;"> _ _ · _ _ · _ _ _ _ D D M M Y Y Y Y </div> Anno _ _ _ _	
fh05	Qual è il nome e cognome della madre di suo padre? (Nonna paterna) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		<hr/>	
	Da dove proviene? (Luogo)		<hr/>	
	Quando è nata? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		<div style="text-align: center;"> _ _ · _ _ · _ _ _ _ D D M M Y Y Y Y </div> Anno _ _ _ _	
fh06	Qual è il nome e cognome del padre di suo padre? (Nonno paterno) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		<hr/>	
	Da dove proviene? (Luogo)		<hr/>	
	Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		<div style="text-align: center;"> _ _ · _ _ · _ _ _ _ D D M M Y Y Y Y </div> Anno _ _ _ _	