

Table of Contents

PERSON	2
OCCUPATION.....	4
BIRTH	8
PHYSICAL ACTIVITY (IPAQ-SHORT).....	10
NUTRITION	12
ALCOHOL.....	17
SMOKING	20
VACCINATION.....	25
CHRONIC DISEASES.....	26
PAIN	31
CANCER	33
DIABETES.....	34
BLOOD VALUES.....	35
THYROID DISEASES	36
MYOCARDIAL INFARCTION	37
HEART FAILURE	40
CARDIAC ARRHYTHMIAS	43
STROKE.....	46
KIDNEY DISEASES.....	47
NEUROLOGY	52
MIGRAINE	59
OTHER DISEASES.....	61
WOMEN	63
EXPOSURE	65
ALGOMETER	67
FAMILY	68

Version in use between 2011-08-24 and 2012-11-02

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>Innanzi tutto, consente la registrazione dell'intervista? Questo è importante per garantire la qualità.</i></p> <p>INT: Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie Ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen.</p> <p>Starten Sie die Aufnahme.</p>			
x0_opint	INT: Inserire il short name (p.es. Stefan Mair -> MaS)	x0_opint		
x0_sex	(Sesso) INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Maschile <input type="checkbox"/> 2 Femminile	
x0_birthd	Quando è nato/a? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	x0_birthd	__ __ . __ __ . __ __ __ D D M M Y Y Y Y	
x0pe02	Quanti fratelli ha o ha avuto (inclusi i possibili deceduti), lei stesso escluso? INT: Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.	x0pe02	Numero dei fratelli __ __	if x0pe02= 0 x0pe05
	Qual è il suo ordine di nascita tra fratelli da parte della stessa mamma? INT: z.B.: Wenn Sie das erste Kind waren: 1	x0pe03	__ __	
x0pe04	Lei è gemello o parte di un parto gemellare o multiplo?	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0pe05	Dove abitava la sua famiglia quando è nato/a? INT: Wo sind Sie aufgewachsen?	x0pe05a x0pe05b x0pe05c	Comune _____ Provincia _____ Stato _____	
x0pe06	Si riferisca alla lista 1: Qual è il suo stato civile?	x0pe06	<input type="checkbox"/> 1 Sposato/Convivenza/Partner <input type="checkbox"/> 2 Separato/Divorziato <input type="checkbox"/> 4 Vedovo/a <input type="checkbox"/> 5 Single/mai sposato <input type="checkbox"/> 6 Preferisco non rispondere	

xope07	Quante persone attualmente convivono con lei, lei stesso compreso?	xope11a		__ __	
xope08	Si riferisce alla lista 2: Qual è il suo più alto titolo di studio conseguito?	xope08	<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		
xope09	Complessivamente per quanti anni ha frequentato la scuola? INT: Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium. Es zählen nur vollendete Jahre.	xope09		__ __	if xope08 > 1 & xope09 > 5 end
xope10	Sa leggere un quotidiano e scrivere una lettera?	xope10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

Occupation

	Le prossime domande si riferiscono al suo lavoro.						
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	Si riferisca alla lista 4: Lei attualmente è ...?		<input type="checkbox"/> 1 Disoccupato/a <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			
x0oc12	Negli ultimi due anni ha ricevuto un sussidio di disoccupazione?	x0oc12	<input type="checkbox"/> 1 Sì			<input type="checkbox"/> 2 No	
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 x0oc13b x0oc13c	Da (anno) _____ A (anno) _____ <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 x0oc02b	<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 Altro _____	
		x0oc02c x0oc02d	Da (anno) _____ 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 x0oc03b	<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) Altro _____	
		x0oc03c x0oc03d	Da (anno) _____ 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 x0oc04b	<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) Altro _____	
		x0oc04c x0oc04d	Da (anno) _____ 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 x0oc05b	<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) Altro _____	
		x0oc05c x0oc05d	Da (anno) _____ 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 x0oc06b	<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) Altro _____	
		x0oc06c x0oc06d	Da (anno) _____ 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 x0oc07b	<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) Altro _____	
		x0oc07c x0oc07d	Da (anno) _____ 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																																																	
	<p>Finora dove ha vissuto per almeno 1 anno? (Luogo)</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>(x0rh01a / x0rh02a / x0rh03a / x0rh04a / x0rh05a / x0rh06a / x0rh07a / x0rh08a / x0rh09a / x0rh10a)</p> <p>Da (anno)</p> <p>(x0rh01b / x0rh02b / x0rh03b / x0rh04b / x0rh05b / x0rh06b / x0rh07b / x0rh08b / x0rh09b / x0rh10b)</p> <p>A (anno)</p> <p>(x0rh01c / x0rh02c / x0rh03c / x0rh04c / x0rh05c / x0rh06c / x0rh07c / x0rh08c / x0rh09c / x0rh10c)</p> <p>Ha vissuto in un altro luogo per almeno 1 anno?</p> <p>(x0rh02 / x0rh03 / x0rh04 / x0rh05 / x0rh06 / x0rh07 / x0rh08 / x0rh09 / x0rh10)</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Dove? (Luogo)</th> <th>Da (anno)</th> <th>A (anno)</th> <th>Altro luogo?</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Si No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x0rh01</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh02</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh03</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh04</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh05</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh06</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh07</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh08</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh09</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> <tr> <td>x0rh10</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 ➔</td> </tr> </tbody> </table>				Dove? (Luogo)	Da (anno)	A (anno)	Altro luogo?				Si No	x0rh01	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh02	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh03	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh04	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh05	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh06	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh07	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh08	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh09	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔	x0rh10	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
Dove? (Luogo)	Da (anno)	A (anno)	Altro luogo?																																																	
			Si No																																																	
x0rh01	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh02	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh03	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh04	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh05	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh06	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh07	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh08	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh09	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	
x0rh10	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔																																																	

end

Birth

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua nascita e sviluppo.</i>			
x0bi01a 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 äußerst geringen Überlebenschancen.	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Esattamente		
		<input type="checkbox"/> 2 Circa		
		<input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0bi03
x0bi03 INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi03	x0bi01	__ __ __ __ In grammi	
		<input type="checkbox"/> 1 Prematuro		
		<input type="checkbox"/> 2 Normale		x0bi04
x0bi02a INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02a	<input type="checkbox"/> 3 Postmaturo		
		<input type="checkbox"/> 1 Esattamente		
		<input type="checkbox"/> 2 Circa		
x0bi04 Si riferisca alla lista 7: Come è nato/a?	x0bi04	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0bi04
		x0bi02	__ __ In settimane	
		<input type="checkbox"/> 1 Parto vaginale normale		
		<input type="checkbox"/> 2 Parto vaginale con l'aiuto di un forcipe o di un vacuo		
		<input type="checkbox"/> 3 Parto cesareo		
		<input type="checkbox"/> 4 Non lo so		

x0bi05	Si riferisca alla lista 8: Per quanto tempo è stato allattato da bambino?		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 0-2 settimane <input type="checkbox"/> 4 2-4 settimane <input type="checkbox"/> 5 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 6 3-6 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/>		

Physical Activity (IPAQ-short)

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua salute.</i>			
p1	Pensi a tutte le attività vigorose, energiche che ha svolto negli ultimi sette giorni. Le attività fisiche vigorose sono quelle che richiedono uno sforzo fisico duro e che la fanno respirare con un ritmo molto più frequente rispetto al normale. Pensi soltanto a quelle attività fisiche che lei ha svolto per almeno 10 minuti consecutivamente.			
x0ip01	Durante gli ultimi sette giorni, in quanti giorni lei ha svolto attività fisica vigorosa come sollevare oggetti pesanti, zappare, fare aerobica, o pedalare in bicicletta ad una certa velocità? INT: Fahrradfahren zur Arbeit ist nicht miteinzubeziehen, da dies als moderate körperliche Aktivität gilt.	x0ip01	__ __ giorni	if x0ip01 = 0 p2
x0ip01a	Di solito quanto tempo in minuti o ore trascorre in attività fisiche vigorose in uno di quei giorni?	x0ip01a x0ip01b x0ip01c	__ __ Ore per giorno __ __ Minuti per giorno <input type="checkbox"/> 3 Non lo so <input type="checkbox"/> 2 {No}	
p2	Pensi a tutte quelle attività moderate che lei ha svolto negli ultimi sette giorni. Le attività moderate sono quelle che richiedono uno sforzo fisico moderato e che la fanno respirare con un ritmo un po' più frequente rispetto al normale. Pensi soltanto a quelle attività fisiche che lei ha svolto per almeno 10 minuti consecutivamente.			
x0ip02	Durante gli ultimi sette giorni, quanti giorni lei ha svolto attività fisica moderata come portare pesi leggeri, andare in bicicletta ad un ritmo regolare oppure giocare il doppio a tennis? Non includa il camminare.	x0ip02	__ __ giorni	if x0ip02= 0 p3
x0ip02a	Di solito quanto tempo in minuti o ore dedica alle attività fisiche moderate in uno di quei giorni? INT: Spazierengehen ist nicht mit einzuberechnen.	x0ip02a x0ip02b x0ip02c	__ __ Ore per giorno __ __ Minuti per giorno <input type="checkbox"/> 3 Non lo so <input type="checkbox"/> 2 {No}	
p3	Pensi al tempo da lei trascorso camminando negli ultimi sette giorni. Includa il tempo trascorso sia al lavoro sia a casa, nello spostarsi da un luogo ad un altro e qualsiasi altro cammino che lei ha fatto solo per divertimento, sport, esercizio fisico o per passatempo.			
x0ip03	Durante gli ultimi sette giorni, in quanti giorni lei ha camminato per almeno 10 minuti di continuo?	x0ip03	__ __ giorni	if x0ip03= 0 p4

x0ip03a	Di solito quanto tempo in minuti o ore ha trascorso in uno di quei giorni, camminando?	x0ip03a x0ip03b x0ip03c	__ __ Ore per giorno __ __ Minuti per giorno <input type="checkbox"/> 3 Non lo so <input type="checkbox"/> 2 {No}	
p4	L'ultima domanda riguarda il tempo trascorso stando seduto dal lunedì al venerdì negli ultimi sette giorni. Includa il tempo in cui rimane seduto al lavoro, in casa, nello svolgere un corso di formazione, durante il suo tempo libero. Questo può includere il tempo trascorso seduto alla scrivania, nel far visita ad amici, leggendo, o seduto/a o sdraiato/a per guardare la televisione.			
x0ip04a	Durante gli ultimi sette giorni, in un giorno della settimana, quanto tempo in minuti o ore ha trascorso stando seduto?	x0ip04a x0ip04b x0ip04c	__ __ Ore per giorno __ __ Minuti per giorno <input type="checkbox"/> 3 Non lo so <input type="checkbox"/> 2 {No}	

Nutrition

	<p>Si riferisca alla lista 9: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?</p> <p>INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.</p>						
	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
	<p>(Si riferisca alla lista 9: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?)</p> <p>INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.</p>						
	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
	<p>(Si riferisca alla lista 9: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?)</p> <p>INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.</p>						
	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
	<p>(Si riferisca alla lista 9: Con quale frequenza fa uso dei seguenti prodotti alimentari?)</p> <p>INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.</p>						

		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
	(Si riferisca alla lista 9: 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
x0fd30	Segue una certa dieta o un certo regime alimentare?	x0fd30	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No			
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 Adolescent <input type="checkbox"/> 3 Adul	_ _			
	Attualmente beve regolarmente caffè espresso/moka? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd31c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Si	x0fd31f		

	<p>Quando ha iniziato a bere regolarmente caffè americano/caffè da filtro? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?</p>	x0fd33a x0fd33b	<p>Età</p> <p><input type="checkbox"/>1 Bambino <input type="checkbox"/>2 Adolescente <input type="checkbox"/>3 Adulto</p>	__ __	
	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
	<p>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?</p>	x0fd33d, x0fd33e	<p> __ __ __ __ </p> <p>Età Oppure per quanti anni</p>		
x0fd33f	<p>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.</p>	x0fd33f		__ __	
x0fd34	<p>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</p>	x0fd34	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		end
	<p>Quando ha iniziato a bere regolarmente Coca-Cola? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?</p>	x0fd34a x0fd34b	<p>Età</p> <p><input type="checkbox"/>1 Bambino <input type="checkbox"/>2 Adolescente <input type="checkbox"/>3 Adulto</p>	__ __	
	Attualmente beve regolarmente Coca-Cola? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd34c	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 1 Sì		x0fd34f
	<p>Quando ha smesso di bere regolarmente Coca-Cola? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto Coca-Cola in totale?</p>	x0fd34d, x0fd34e	<p> __ __ __ __ </p> <p>Età Oppure per quanti anni</p>		

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		__ __	
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	--	-------	--

Alcohol

x0al00	Ha mai bevuto alcolici?		<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	end
x0al01	Si riferisca alla lista 10: 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	x0al05a
		x0al01	<input type="checkbox"/> 4 2-4 volte al mese <input type="checkbox"/> 5 2-3 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 6 4 o più volte alla settimana ma non ogni giorno <input type="checkbox"/> 7 Ogni giorno	if male x0al02a if female x0al02b
x0al02a	Si riferisca alla lista 11: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 5 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?		<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
x0al02b	Si riferisca alla lista 11: Negli ultimi 12 mesi quante volte ha bevuto 4 o più bevande alcoliche ad un' unica occasione?		<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	birra analcolica? (n° bicchieri da 0,2 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al03b	birra? (n° bicchieri da 0,2 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al03c	vino bianco o spumante? (n° bicchieri da 0,125 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al03d	vino rosso? (n° bicchieri da 0,125 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al03e	grappa, liquore, ecc.? (n° bicchieri da 0,02 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al03f	bevande miscelate alcoliche – drink? (n° bicchieri da 0,3 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 überdiese 4 Tage.</p> <p>Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.</p>	x0al04a	birra analcolica? (n° bicchieri da 0,2 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al04b	birra? (n° bicchieri da 0,2 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al04c	vino bianco o spumante? (n° bicchieri da 0,125 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al04d	vino rosso? (n° bicchieri da 0,125 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al04e	grappa, liquore, ecc.? (n° bicchieri da 0,02 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		x0al04f	bevande miscelate alcoliche – drink? (n° bicchieri da 0,3 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
x0al05a	<p>Si riferisca alla lista 12: Perchè negli ultimi 12 mesi non ha piú bevuto alcolici/ha bevuto pochi alcolici?</p>			Sì	No	
		x0al05a	Presenza di una malattia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0al05b	Altri motivi di salute/per la protezione della propria salute	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0al05c	Consiglio di un medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0al05d	Motivi economici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0al05e	Motivi religiosi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0al05f	Sono un ex alcolista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0al05g	Altri motivi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0al05h	Non lo so	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
x0al06a	Quando ha iniziato a bere regolarmente alcolici? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0al06a, x0al06b	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ossia età di allora

x0al07a	Quando ha smesso di bere regolarmente alcolici? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0al07a, x0al07b	_____ _____ _____ _____ Anno ossia età di allora	
x0al08a	Ha mai pensato a consumare meno alcol?	x0al08a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0al08b	Si è mai infastidito quando altre persone hanno criticato il suo comportamento in rapporto all'alcol?	x0al08b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0al08c	Ha mai avuto rimorsi a causa del suo consumo di alcol?	x0al08c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0al08d	Ha mai bevuto alcol per prima cosa al mattino, per calmare i nervi o per liberarsi dalla sbornia?	x0al08d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	

Smoking

x0sm00	Attualmente fuma sigarette?	x0sm00	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0sm05
x0sm01a	In quale anno ha iniziato a fumare sigarette o quanti anni aveva a quel tempo? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0sm01a, x0sm01b	_____ _____ _____ _____ Anno _____ _____ ossia età di allora	
x0sm02	Fuma regolarmente o occasionalmente; con occasionalmente si intende meno di una sigaretta al giorno?	x0sm02	<input type="checkbox"/> 1 Regolarmente <input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente	x0sm04
x0sm03	Quante sigarette fuma in media al giorno?	x0sm03	_____ ____	
x0sm04	Negli ultimi 12 mesi ha cercato di smettere di fumare?	x0sm04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0sm10
x0sm05	Ha mai fumato sigarette? Non si intendono sigari, pipe, ecc. INT: Gelegentlich heißt gewöhnlich weniger als eine Zigarette pro Tag.	x0sm05	<input type="checkbox"/> 1 Sì, regolarmente <input type="checkbox"/> 2 Sì, occasionalmente <input type="checkbox"/> 4 No	x0sm10
x0sm06a	In quale anno ha iniziato a fumare sigarette o quanti anni aveva a quel tempo? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0sm06a, x0sm06b	_____ _____ _____ _____ Anno _____ _____ ossia età di allora	
x0sm07	Si riferisce alla lista 13: Quando ha smesso di fumare sigarette? INT: Jahr oder Alter angeben wenn der Proband vor mehr als 1 Jahr aufgehört hat. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0sm07 x0sm07a, x0sm07b	<input type="checkbox"/> 1 Meno di un mese fa <input type="checkbox"/> 2 1-3 mesi fa <input type="checkbox"/> 3 4-6 mesi fa <input type="checkbox"/> 4 7-12 mesi fa <input type="checkbox"/> 5 Più di un anno fa, ossia _____ _____ _____ _____ Anno _____ _____ ossia età di allora	
x0sm08	A quel tempo quante sigarette fumava in media al giorno?	x0sm08	_____ ____	

x0sm10	Nella sua vita complessivamente ha fumato la pipa più di 20 volte? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0sm14
	Quando ha iniziato? (Anno)	x0sm11a, x0sm11b	_____ _____ _____ _____ Anno _____ _____ ossia età di allora	
x0sm12a	Fuma ancora la pipa o fino a quando ha fumato? A (anno) O fino ad ora INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm12a, x0sm12b x0sm12c	_____ _____ _____ _____ A (anno) _____ _____ ossia età di allora <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	
x0sm13a	Quante volte fuma o fumava la pipa in media:	x0sm13a x0sm13b	_____ al giorno? _____ al mese?	
x0sm14	Nella sua vita complessivamente ha fumato sigari più di 20 volte? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm14	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0sm18
	Quando ha iniziato? (Anno)	x0sm15a, x0sm15b	_____ _____ _____ _____ Anno _____ _____ ossia età di allora	
x0sm16a	Fuma ancora sigari o fino a quando ha fumato? A (anno) O fino ad ora INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm16a, x0sm16b x0sm16c	_____ _____ _____ _____ A (anno) _____ _____ ossia età di allora <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	

x0sm17a	Quanti sigari fuma o fumava in media:	x0sm17a x0sm17b	__ __ al giorno? __ __ al mese?	
x0sm18	Nella sua vita complessivamente ha masticato tabacco più di 20 volte? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm18	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0sm22
	Quando ha iniziato? (Anno)	x0sm19a, x0sm19b	__ __ __ __ Anno __ __ ossia età di allora	
x0sm20a	Mastica ancora tabacco o fino a quando ha masticato tabacco? A (anno) O fino ad ora INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm20a, x0sm20b x0sm20c	__ __ __ __ A (anno) __ __ ossia età di allora <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	
x0sm21a	Quante volte mastica o masticava tabacco in media:	x0sm21a x0sm21b	__ __ al giorno? __ __ al mese?	
x0sm22	Nella sua vita complessivamente ha sniffato tabacco da fiuto più di 20 volte? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren.	x0sm22	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0sm26
	Quando ha iniziato? (Anno)	x0sm23a, x0sm23b	__ __ __ __ Anno __ __ ossia età di allora	

x0sm24a	Sniffa ancora tabacco o fino a quando ha sniffato tabacco? A (anno) O fino ad ora INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm24a, x0sm24b x0sm24c	_____ A (anno) _____ ossia età di allora <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}	
x0sm25a	Quante volte sniffa o sniffava tabacco in media:	x0sm25a x0sm25b	_____ al giorno? _____ al mese?	
x0sm26	A casa si fuma o in passato si fumava in sua presenza? INT: Passivrauchen	x0sm26	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0sm29
x0sm26a	In quale periodo di tempo? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm26a x0sm26b	Da (anno) _____ A (anno) _____	
	In un ulteriore periodo di tempo?	x0sm27	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0sm29
x0sm27a	In quale periodo di tempo?	x0sm27a x0sm27b	Da (anno) _____ A (anno) _____	
	In un ulteriore periodo di tempo?	x0sm28	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0sm29
x0sm28a	In quale periodo di tempo?	x0sm28a x0sm28b	Da (anno) _____ A (anno) _____	
x0sm29	Per lavoro è o è stato trattenuto in luoghi dove altre persone fumano?	x0sm29	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	end
x0sm29a	In quale periodo di tempo?	x0sm29a x0sm29b	Da (anno) _____ A (anno) _____	
	In un ulteriore periodo di tempo?	x0sm30	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	end
x0sm30a	In quale periodo di tempo?	x0sm30a x0sm30b	Da (anno) _____ A (anno) _____	

	In un ulteriore periodo di tempo?	x0sm31	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0sm31a	In quale periodo di tempo?	x0sm31a	Da (anno)	__ __ __ __	
		x0sm31b	A (anno)	__ __ __ __	

Vaccination

	Negli ultimi 10 anni è stato vaccinato contro le seguenti malattie?					
	Tetano	x0va01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Difterite	x0va02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Poliomielite	x0va03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Meningoencefalite da zecche (FSME)	x0va04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Influenza, virosi	x0va05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Febbre suina	x0va06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	(Negli ultimi 10 anni è stato vaccinato contro le seguenti malattie?)					
	Tifo	x0va07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Rosolia	x0va08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Morbilli	x0va09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Parotite (orecchioni)	x0va10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Tubercolosi	x0va11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Epatite B	x0va12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Negli ultimi 10 anni è stato vaccinato contro un'altra malattia non ancora nominata? INT: Ggf. Mit Impfpass abgleichen	x0va13	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Per favore specificare quali	x0va13a				

Chronic diseases

x0cd01	Un medico le ha mai diagnosticato un'epatopatia? 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	x0cd02
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd01a, x0cd01b	_ _ _ _ _	Anno	_ _ _	ossia età di allora
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un'epatopatia?	x0cd01c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd02
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd01d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0cd02	Un medico le ha mai diagnosticato una gastrite o duodenite? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd03
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd02a, x0cd02b	_ _ _ _ _	Anno	_ _ _	ossia età di allora
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto una gastrite o duodenite?	x0cd02c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd03
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd02d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0cd03	Un medico le ha mai diagnosticato un'ulcera gastrica o duodenale? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd04
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd03a, x0cd03b	_ _ _ _ _	Anno	_ _ _	ossia età di allora
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un'ulcera gastrica o duodenale?	x0cd03c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd04
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd03d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0cd04	Un medico le ha mai diagnosticato una malattia infiammatoria dell'intestino (Crohn e colite ulcerosa)? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd05

	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd04a, x0cd04b	<u> </u> Anno	<u> </u> ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto una malattia infiammatoria dell'intestino?	x0cd04c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd05
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd04d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0cd05	Un medico le ha mai diagnosticato una colecistite o calcoli biliari? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd06
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd05a, x0cd05b	<u> </u> Anno	<u> </u> ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto una colecistite o calcoli biliari?	x0cd05c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd06
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd05d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0cd06	Un medico le ha mai diagnosticato una gotta, elevati livelli di acido urico? 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	x0cd07
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd06a, x0cd06b	<u> </u> Anno	<u> </u> ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto gotta?	x0cd06c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd07
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd06d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0cd07	Un medico le ha mai diagnosticato una malattia infiammatoria delle articolazioni, p.es. poliartrite cronica? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0cd08
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd07a, x0cd07b	<u> </u> Anno	<u> </u> ossia età di allora		

	Negli ultimi 12 mesi ha avuto una malattia infiammatoria delle articolazioni?	x0cd07c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd08
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd07d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0cd08	Un medico le ha mai diagnosticato un'artrosi della caviglia o delle articolazioni dell'anca, ginocchio o spalla? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd08	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd09
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd08a, x0cd08b	 Anno ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto problemi per via di artrosi della caviglia o delle articolazioni?	x0cd08c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd09
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd08d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0cd09	Un medico le ha mai diagnosticato una degenerazione della colonna vertebrale p.es. l'ernia del disco o lombalgia? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd09	<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?	x0cd09a, x0cd09b	 Anno ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto problemi per via di una degenerazione della colonna vertebrale?	x0cd09c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd10
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd09d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0cd10	Un medico le ha mai diagnosticato osteoporosi, ossia densità ossea ridotta? 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		x0cd11
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd10a, x0cd10b	 Anno ossia età di allora		

	Negli ultimi 12 mesi ha avuto problemi per via di osteoporosi?	x0cd10c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd11
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd10d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0cd11	Un medico le ha mai diagnosticato un disturbo della vista (p.es. cataratta o glaucoma)? INT: Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, usw. sind nicht gemeint. Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd11	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd12
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd11a, x0cd11b	 Anno ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un disturbo della vista?	x0cd11c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd12
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd11d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0cd12	Un medico le ha mai diagnosticato un disturbo dell'udito (p.es. Ipoacusia anche con l'uso di un apparecchio acustico)? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd12	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd13
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0cd12a, x0cd12b	 Anno ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un disturbo dell'udito?	x0cd12c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0cd13
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd12d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0cd13	Un medico le ha mai diagnosticato attacchi di panico o paura? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd13	<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?	x0cd13a, x0cd13b	 Anno ossia età di allora		

	Negli ultimi 12 mesi ha avuto attacchi di panico o paura?	x0cd13c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0cd13d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

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)	x0pn05a x0pn05b x0pn05c	lombare toracica cervicale	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	
x0pn06a	Il dolore si diffonde nel braccio o nella gamba?	x0pn06a x0pn06b	Gamba Braccio	Sì No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0pn02a	Da quando sono presenti i dolori alla schiena? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn02a x0pn02b	__ __ mesi __ __ anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn03a x0pn03b	__ __ giorni/mese __ __ giorni/anno		
	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? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn21
	Presenti da: (mesi) Presenti da: (anni)	x0pn12a x0pn12b	__ __ mesi __ __ anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn13a x0pn13b	__ __ giorni/mese __ __ 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	__ __ mesi __ __ anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn23a x0pn23b	__ __ giorni/mese __ __ 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		

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	<p>Per favore specifichi l'anno in cui è insorto il tumore maligno. 1. Tumore maligno... / 2. Tumore maligno... / 3. Tumore maligno... / 4. Tumore maligno... / 5. Tumore maligno...</p> <p>Anno...</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p> <p>(x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a)</p> <p>Denominazione e localizzazione?</p> <p>INT: Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsenerkrankung handelt.</p> <p>(x0ca01b/ x0ca02b / x0ca03b / x0ca04b / x0ca05b)</p> <p>È stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera?</p> <p>(x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c)</p> <p>In quale ospedale è stato trattato?</p> <p>(x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)</p>					
	Anno Denominazione Ricoverato per trattamento? Ospedale e localizzazione No Sì					end if x0ca00a = 1 = 2 = 3 = 4
	__ __ __ __	_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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	__ __ __ __	Anno	__ __	ossia età di allora
x0dm02	Si riferisca alla lista 14: 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 15: 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	__ __ __ __	Anno	__ __	ossia età di allora

Blood values

x0bl01	Le è mai stata accertata l'ipertensione arteriosa (pressione sanguina troppo elevata)? 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	x0bl11
x0bl01a	In quale anno le è stata accertata per la prima volta l'ipertensione? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren.	x0bl01a, x0bl01b	_____ Anno	_____ ossia età di allora		
x0bl11	Negli ultimi 12 mesi le sono stati accertati valori di colesterolo o trigliceridi elevati ovvero di iperlipidemia?	x0bl11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0bl11a	In quale anno le è stata accertata per la prima volta l'iperlipidemia? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0bl11a, x0bl11b	_____ Anno	_____ ossia età di allora		

Thyroid diseases

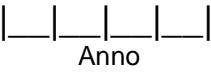
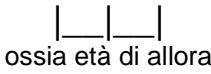
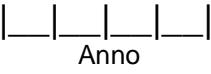
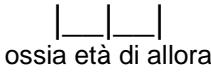
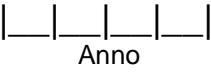
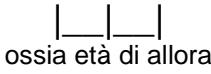
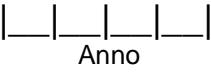
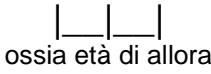
x0th00	Le è mai stata diagnosticata una malattia alla tiroide?	x0th00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0th11
x0th01	Quale malattia alla tiroide le è stata diagnosticata? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.					
	1. Iperfunzione	x0th01, x0th01a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	Non lo so Sì	⇒ Anno	_ _ _ _ _
	2. Ipofunzione	x0th02, x0th02a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	Non lo so Sì	⇒ Anno	_ _ _ _ _
	3. Gozzo	x0th03, x0th03a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	Non lo so Sì	⇒ Anno	_ _ _ _ _
	4. Nodo	x0th04, x0th04a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	Non lo so Sì	⇒ Anno	_ _ _ _ _
	5. Morbo Basedow	x0th05, x0th05a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	Non lo so Sì	⇒ Anno	_ _ _ _ _
	6. Carcinoma (cancro)	x0th06, x0th06a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	Non lo so Sì	⇒ Anno	_ _ _ _ _
	7. Altre malattie tiroidee	x0th09, x0th09a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	Non lo so Sì	⇒ Anno	_ _ _ _ _
x0th11	È mai stato sottoposto a radioIODOterapia?	x0th11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0th12
x0th11a	In quale anno è stato sottoposto a radioIODOterapia?	x0th11a	Anno		_ _ _ _ _	
x0th12	È mai stato sottoposto ad un'operazione alla tiroide?	x0th12	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0th12a	In quale anno è stato sottoposto all'operazione alla tiroide?	x0th12a	Anno		_ _ _ _ _	

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 vado mai di fretta o in salita <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 riferisce alla lista 16: 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.	x0mi05a	Sì No			
		x0mi05b	Dietro allo sterno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05c	Torace anteriore sinistro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05d	Collo/angolo mandibolare	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05e	Spalla sinistra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05f	Altro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		Se un altro punto, quale?				
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		

x0mi18	È mai stato sottoposto ad un intervento di bypass?	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	 Anno  ossia età di allora	
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	 Anno  ossia età di allora	
x0hf03	Ha le gambe gonfie o 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	 Anno  ossia età di allora	
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	 Anno  ossia età di allora	
	Descrivla la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf04c	_____	

x0hf05	Che lei sappia soffre di una miocardiopatia? (p.es. Cardiomielopatia 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	 Anno ossia età di allora	
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf05c	<hr/>	
x0hf06	Ha un vizio cardiaco, oggi, in passato o da bambino? INT: Septumdefekt = "Loch im Herzen", Klappendefekt = Herzklappenfehler Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf07
	Descriva il vizio cardiaco in maniera possibilmente accurata:	x0hf06a	<hr/>	
x0hf07	È mai stato sottoposto ad un elettrocardiogramma? (Salvo per la preparazione ad un intervento o per sport a livello agonistico) 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
		x0hf07a, x0hf07b	 Anno ossia età di allora	
	Ci furono referti di rilievo?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0hf08
	Quali?	x0hf07d	<hr/>	
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anno	<input type="text"/> <input type="text"/> ossia età di allora	
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un' insufficienza cardiaca?	x0hf08c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di ciò?	x0hf08d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		

Cardiac arrhythmias

x0af01	Un medico le ha mai diagnosticato una valvulopatia o altre cardiopatie? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af02
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta una cardiopatia?	x0af01a, x0af01b	_____ _____ _____ Anno	_____ _____ ossia età di allora		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto una cardiopatia?	x0af01c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di una cardiopatia?	x0af01d	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0af02	Soffre di fibrillazione atriale? (aritmia assoluta) 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
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0af02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0af03
		x0af02b, x0af02c	_____ _____ _____ Anno	_____ _____ ossia età di allora		
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0af02d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente	<input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non lo so		
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 17: Quali?	x0af03a x0af03b x0af03c x0af03d x0af03e x0af03f x0af03g x0af03h	Tachicardia Extrasistole Debolezza/stanchezza Dispnea Dolori al torace Ansia Vertigine Altri	Sì No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <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?	x0af04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0af05	Si riferisca alla lista 18: 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 19: 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 Herzschlag, 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	 Anno	 ossia età di allora	

	Descriva il tipo di aritmia cardiaca	x0af07c				
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 menale?	x0af09a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No			
x0af10	È mai stato rianimato da un medico, un sanitario o da un'altra persona? INT: Gemeint ist eine Herzdruck-massage aufgrund eines Herzstill-standes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrythmusstörung	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			

Stroke

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	end
x0st00a	Quanti ictus ha avuto complessivamente?	x0st00a			__ __	
x0st01a	<p>Per favore specifichi l'anno ovvero gli anni, in cui è/sono insorto/i il/gli ictus. 1. Ictus ... Anno.../ 2. Ictus... Anno.../ 3. Ictus... Anno.../ 4. Ictus... Anno.../ 5. Ictus... Anno...</p> <p>INT: Wenn mehr als fünf Schlaganfälle, den ersten und die letzten vier Schlaganfälle eingeben. Wenn der Schlaganfall erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.</p> <p>(x0st01a / x0st02a / x0st03a / x0st04a / x0st05a)</p> <p>All'epoca è stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera?</p> <p>(x0st01b / x0st02b / x0st03b / x0st04b / x0st05b)</p> <p>In quale ospedale è stato trattato? (ovvero da quale medico)?</p> <p>(x0st01c / x0st02c / x0st03c / x0st04c / x0st05c)</p>					
	Anno No Sì __ __ __ __ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 → _____ __ __ __ __ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 → _____ __ __ __ __ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 → _____ __ __ __ __ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 → _____ __ __ __ __ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 → _____	Ricoverato per trattamento? Ospedale	end	if x0st00a = 1 = 2 = 3 = 4		

Kidney diseases

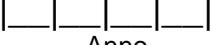
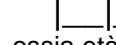
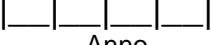
x0ki00	Un medico le ha mai diagnosticato una malattia renale? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki00	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki09
x0ki01	Le è stata diagnosticata una glomerulonefrite?	x0ki01	<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 una glomerulonefrite?	x0ki01a, x0ki01b	_ _ _ _ Anno _ _ _ ossia età di allora			
	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0ki01c	<input type="checkbox"/> 1 Nessun trattamento <input type="checkbox"/> 2 Con medicinali <input type="checkbox"/> 3 Con medicinali e dieta <input type="checkbox"/> 4 Con dialisi <input type="checkbox"/> 5 È stato effettuato un trapianto renale <input type="checkbox"/> 6 Altro			
	Per favore specifichi il nome della malattia:	x0ki01d				
x0ki02	Le è stata diagnosticata una pielonefrite?	x0ki02	<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 una pielonefrite?	x0ki02a, x0ki02b	_ _ _ _ Anno _ _ _ ossia età di allora			
	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0ki02c	<input type="checkbox"/> 1 Nessun trattamento <input type="checkbox"/> 2 Con medicinali <input type="checkbox"/> 3 Con medicinali e dieta <input type="checkbox"/> 4 Con dialisi <input type="checkbox"/> 5 È stato effettuato un trapianto renale <input type="checkbox"/> 6 Altro			
	Per favore specifichi il nome della malattia:	x0ki02d				
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	x0ki04

	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0ki05c	<input type="checkbox"/> 1 Nessun trattamento <input type="checkbox"/> 2 Con medicinali <input type="checkbox"/> 3 Con medicinali e dieta <input type="checkbox"/> 4 Con dialisi <input type="checkbox"/> 5 È stato effettuato un trapianto renale <input type="checkbox"/> 6 Altro		
	Per favore specifichi il nome della malattia:	x0ki05d			
x0ki06	Le è stato diagnosticato un tumore ai reni?	x0ki06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta un tumore ai reni?	x0ki06a, x0ki06b	_____ Anno	_____ ossia età di allora	
	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0ki06c	<input type="checkbox"/> 1 Nessun trattamento <input type="checkbox"/> 2 Con medicinali <input type="checkbox"/> 3 Con medicinali e dieta <input type="checkbox"/> 4 Con dialisi <input type="checkbox"/> 5 È stato effettuato un trapianto renale <input type="checkbox"/> 6 Altro		
	Per favore specifichi la localizzazione del tumore:	x0ki06d			
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
	In quale anno sono stati diagnosticati per la prima volta calcoli renali?	x0ki07a, x0ki07b	_____ Anno	_____ ossia età di allora	
	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0ki07c	<input type="checkbox"/> 1 Nessun trattamento <input type="checkbox"/> 2 Con medicinali <input type="checkbox"/> 3 Con medicinali e dieta <input type="checkbox"/> 4 Con dialisi <input type="checkbox"/> 5 È stato effettuato un trapianto renale <input type="checkbox"/> 6 Altro		

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
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0ki08a, x0ki08b	_ _ _ _ _ Anno			ossia età di allora
	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0ki08c	<input type="checkbox"/> 1 Nessun trattamento <input type="checkbox"/> 2 Con medicinali <input type="checkbox"/> 3 Con medicinali e dieta <input type="checkbox"/> 4 Con dialisi <input type="checkbox"/> 5 È stato effettuato un trapianto renale <input type="checkbox"/> 6 Altro			
	Se lo ricorda, specifichi il nome della malattia:	x0ki08d				
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	x0ki10
	In quale anno?	x0ki09a, x0ki09b	_ _ _ _ _ Anno			ossia età di allora
	L'insufficienza renale è tuttora presente?	x0ki09c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Si riferisca alla lista 20: Come è o è stata trattata?	x0ki09d	<input type="checkbox"/> 1 Nessun trattamento <input type="checkbox"/> 2 Con medicinali <input type="checkbox"/> 3 Con medicinali e dieta <input type="checkbox"/> 4 Con dialisi <input type="checkbox"/> 5 È stato effettuato un trapianto renale <input type="checkbox"/> 6 Altro			
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	x0ki16
	Quanti trapianti?	x0ki10a	_ _ _ _ _			
x0ki11a	Anno del primo trapianto	x0ki11a, x0ki11b	_ _ _ _ _ Anno			ossia età di allora
						if x0ki10a = 1 x0ki16

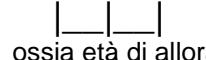
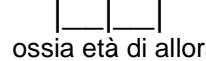
x0ki12a	Anno del secondo trapianto	x0ki12a, x0ki12b	_____ Anno _____ ossia età di allora	if x0ki10a = 2 x0ki16
x0ki13a	Anno del terzo trapianto	x0ki13a, x0ki13b	_____ Anno _____ ossia età di allora	if x0ki10a = 3 x0ki16
x0ki14a	Anno del quarto trapianto	x0ki14a, x0ki14b	_____ Anno _____ ossia età di allora	if x0ki10a = 4 x0ki16
x0ki15a	Anno del quinto trapianto	x0ki15a, x0ki15b	_____ Anno _____ ossia età di allora	
x0ki16	Ha subito altre operazioni ai reni?	x0ki16	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0ki17	È stato operato per via di calcoli renali?	x0ki17	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki18
	In quale anno?	x0ki17a, x0ki17b	_____ Anno _____ ossia età di allora	
x0ki18	È stato operato per asportare un rene per problemi medici?	x0ki18	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki19
	In quale anno?	x0ki18a, x0ki18b	_____ Anno _____ ossia età di allora	
x0ki19	È stato operato per donare 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	_____ Anno _____ ossia età di allora	
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	_____ Anno _____ ossia età di allora	
x0ki21	È stato operato ai reni per un altro motivo?	x0ki21	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	In quale anno?	x0ki21a, x0ki21b	_____ Anno _____ ossia età di allora	

Neurology

x0ne01	Un medico le ha mai diagnosticato epilessia o convulsioni febbri (di solito da bambini)? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne01	<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 epilessia o convulsioni febbri?	x0ne01a, x0ne01b	 Anno	 ossia età di allora	
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto epilessia o convulsioni febbri?	x0ne01c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di epilessia o convulsioni febbri?	x0ne01d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		
x0ne02	Trema in maniera incontrollabile? INT: auch: Schrift im Vergleich zu früher zitteriger 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		x0ne03a
	Quando? (Anno)	x0ne02b, x0ne02c	 Anno	 ossia età di allora	
	È stato o viene 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		
x0ne03a	Dove trema (braccia, gambe, testa, ...):	x0ne03a			
	Trema a riposo, ad esempio quando sta seduto sul divano a vedere la televisione?	x0ne03b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
	Trema in movimento o in determinate posture, ad esempio se tiene una tazza, un bicchiere o il cucchiaio per la minestra? (tremore posturale-cinetico)	x0ne03c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		
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 sbottoneare 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	
		parkinson (Zahl)	positività al Parkinson	__ __ if score < 3 & ne02j != 1 & ne02k != 1 x0ne04
x0rb01	Le capita di fare sogni molto animati?	x0rb01	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0rb02	I suoi sogni spesso hanno un contenuto aggressivo o carico di azione?	x0rb02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0rb03	I contenuti dei suoi sogni coincidono perlopiù con il suo comportamento notturno?	x0rb03	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0rb04	Le è noto che muove braccia o gambe nel sonno?	x0rb04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	x0rb06
x0rb05	È capitato che in procinto di ciò ha (quasi) ferito il suo partner o se stesso?	x0rb05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	

x0rb06	Mentre sogna si manifestano o si sono manifestati i seguenti fenomeni:	x0rb06 x0rb07 x0rb08 x0rb09	Sì No parlare, urlare, inveire, ridere in modo rumoroso <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 movimenti improvvisi degli arti <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 gesti, svolgimento di movimenti che nel sonno non hanno senso, come ad esempio accennare, salutare, scacciare moscerini, cadere dal letto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 oggetti rovesciati intorno al letto, come ad esempio lampada del comodino, libro, occhiali <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0rb10	Capita che si sveglia a causa dei suoi propri movimenti?	x0rb10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0rb11	Dopo il risveglio il più delle volte riesce a ricordare il contenuto dei suoi sogni?	x0rb11	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0rb12	Il suo sonno è spesso perturbato?	x0rb12	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0rb13	Soffre o ha sofferto di una malattia del sistema nervoso (p.es. Ictus, commozione cerebrale, Parkinson, RLS, narcolessia, depressione, epilessia, encefalite)?	x0rb13	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0ne04	Un medico le ha mai diagnosticato la malattia di Huntington o di Veitstanz? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne04	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne05
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta la malattia di Huntington o di Veitstanz?	x0ne04a, x0ne04b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Anno ossia età di allora
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via della malattia di Huntington o di Veitstanz?	x0ne04c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0ne05	Un medico le ha mai diagnosticato un miocloni, un tic o una distonia? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne05	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne06
	In quale anno è stato diagnosticato per la prima volta un miocloni, un tic o una distonia?	x0ne05a, x0ne05b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Anno ossia età di allora

	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un mioclonio, un tic o una distonia?	x0ne05c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di un mioclonio, un tic o una distonia?	x0ne05d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Si riferisca alla lista 21: Quale tipo di movimento si manifesta?	x0ne05e	<input type="checkbox"/> 1 Mioclonio: improvvisa contrazione di grandi muscoli <input type="checkbox"/> 2 Tic: ripetuti movimenti di contrazione o smorfie <input type="checkbox"/> 3 Distonia: contrazione muscolare persistente, p.es. torcicollo congenito) <input type="checkbox"/> 4 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	 Anno  ossia età di allora	
	È stato o viene 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 SM (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 SM (sclerosi multipla)?	x0ne07a, x0ne07b	 Anno  ossia età di allora	
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto SM (sclerosi multipla)?	x0ne07c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via di SM (sclerosi multipla)?	x0ne07d	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

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	x0ne20
	Da quando? (Anno)	x0ne08a, x0ne08b	_____ _____ _____ Anno _____ ossia età di allora	
x0ne20	Soffre di altri sintomi o malattie neurologiche? INT: Depression und Unruhe sind auszuschließen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne20	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne11
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne20a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne11
	Da quando? (Anno)	x0ne20b, x0ne20c	_____ _____ _____ Anno _____ ossia età di allora	
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0ne20d	<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	
x0ne11	Soffre di insonnia? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne11	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne12
	Da quando? (Anno)	x0ne11a, x0ne11b	_____ _____ _____ Anno _____ ossia età di allora	
	Quanti giorni alla settimana assume sonniferi?	x0ne11c		_____
	Si riferisca alla lista 23: Come si manifesta l'insonnia prevalentemente?	x0ne11d	<input type="checkbox"/> 1 Insonnia iniziale (non riuscire ad addormentarsi) <input type="checkbox"/> 2 Insonnia centrale (numerosi risvegli notturni) <input type="checkbox"/> 3 Ulteriori disturbi (p.es. contrazioni, prurito, palpitazione)	

x0ne12	Soffre di disturbi di circolazione a livello dei vasi della testa e del collo? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne12	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st20
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne12a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0st20
	Quando? (Anno)	x0ne12b, x0ne12c	__ _____ _ Anno ossia età di allora	
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0ne12d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non lo so	
x0st20	Le hanno mai diagnosticato un TIA (attacco ischemico transitorio) o un ictus? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st20	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne13
	Quando? (Anno)	x0st20a, x0st20b	__ _____ _ Anno ossia età di allora	
	Descrivere la situazione di allora in maniera possibilmente accurata:	x0st20c	_____	
x0ne13	Ha mai avuto vertigini (ripetute)? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0ne13	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne13a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne14a
	Quando? (Anno)	x0ne13b, x0ne13c	__ _____ _ Anno ossia età di allora	
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0ne13d	<input type="checkbox"/> 1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/> 2 Sì, attualmente <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 Non lo so	

x0ne14a	Si riferisca alla lista 24: Come erano le vertigini?		Sì	No	
	x0ne14a	Vertigini rotatorie, "come sulla giostra"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	x0ne14b	Vertigini ondeggianti, "come sulla nave"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	x0ne14c	Sensazione di stordimento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	x0ne14d	Vertigini ortostatiche (nero davanti agli occhi)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

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
x0mg02	Anche negli ultimi 6 mesi ha avuto mal di testa?	x0mg02	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0mg03	Si riferisca alla lista 25: Con che frequenza ha avuto mal di testa?	x0mg03	<input type="checkbox"/> 1 Molto di rado (meno di 1 volta al mese) <input type="checkbox"/> 2 Di rado (1-3 volte al mese) <input type="checkbox"/> 3 A volte (meno di una volta alla settimana) <input type="checkbox"/> 4 Spesso (1-5 volte alla settimana) <input type="checkbox"/> 5 Sempre (più di 5 volte alla settimana)	
x0mg04	Si riferisca alla lista 26: 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	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	
x0mg09	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	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	

x0mg13	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.			Sì No	
		x0mg13	accompagnato da vomito?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg14	accompagnato da ipersensibilità acustica?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg15	accompagnato da ipersensibilità visiva?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg16	accompagnato da ipersensibilità olfattiva?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg17	accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0mg18	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.			Sì No	
		x0mg18	accompagnato da occhi rossi o lacrimanti oppure da naso colante dalla parte della testa colpita dal mal di testa?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg19	accompagnato da debolezza, da paralisi o sensazione di intorpidimento di un braccio o di una gamba, oppure da disturbi del linguaggio?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg20	che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di sveglierla?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0mg21	Da quanti anni soffre di mal di testa? Per favore specifichi il tempo corrispondente in anni.	x0mg21			
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		

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	 Anno	 ossia età di allora		
	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	 Anno	 ossia età di allora		
	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	 Anno	 ossia età di allora		
	Ha avuto un'altra lesione permanente causata da un infortunio?	x0ot04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No		x0ot11
x0ot04	Descrizione della lesione: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04a				
	Quando? (Anno)	x0ot04b, x0ot04c	 Anno	 ossia età di allora		
x0ot11	Ha un'altra malattia di cui non abbiamo ancora parlato?	x0ot11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end

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	_____ Anno	_____ ossia età di allora	
	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	end
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	_____ Anno	_____ ossia età di allora	
	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	end
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	_____ Anno	_____ ossia età di allora	
	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	end
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	_____ Anno	_____ ossia età di allora	

Women

	<p><i>Le seguenti domande riguardano la sua sfera sessuale/riproduttiva.</i></p>				if male end
x0wo01a	A quale età ha avuto la prima mestruazione?	x0wo01a, x0wo01b x0wo01c	 Anno ossia età di allora		
			<input type="checkbox"/> 1 Finora non ho avuto le mestruazioni <input type="checkbox"/> 2 Non lo so		
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	<input type="checkbox"/> 2 No	x0wo05
x0wo03	Si riferisca alla lista 28: Attualmente fa uso di contraccettivi ormonali? INT: Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.	x0wo03	<input type="checkbox"/> 1 Sì, pillola anticoncezionale <input type="checkbox"/> 2 Sì, impianto ormonale (implanon) <input type="checkbox"/> 3 Sì, anello vaginale a contenuto ormonale <input type="checkbox"/> 4 Sì, iniezione contraccettiva dei 3 mesi <input type="checkbox"/> 5 Sì, spirale a contenuto ormonale <input type="checkbox"/> 6 No		
x0wo04a	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 ganze Jahr ab- bzw. Aufrunden. Bitte DAUER ALLER GENOMMENEN PRÄPARATE (Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring) AUFSUMMIEREN!	x0wo04a x0wo04b	 Numero di mesi o numero di anni		
x0wo05	Attualmente è incinta?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so, possibile
	In quale settimana di gravidanza si trova?	x0wo05a			
x0wo06	Ha ancora le mestruazioni?	x0wo06	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	end
	Quando sono cessate le mestruazioni?	x0wo07	Età 		

x0wo08	Per quale motivo sono venute a mancare le mestruazioni?		<input type="checkbox"/> 1 Menopausa	
		x0wo08	<input type="checkbox"/> 2 Operazione <input type="checkbox"/> 3 Altro motivo	end
	Specificare l'altro motivo	x0wo08a	_____	

Exposure

	<i>Le prossime domande riguardano l'esposizione a fattori di rischio ambientale.</i>				
x0ex01	L'appartamento in cui ha vissuto più a lungo, si trova nelle immediate vicinanze (meno di 1km) da una delle seguenti strutture? A quale distanza circa? (In metri)				
	Strada altamente trafficata	x0ex01, x0ex01a	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Distanza (In metri)	
	Agricoltura	x0ex02, x0ex02a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
	Orticoltura/vivaio	x0ex03, x0ex03a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
	Distributore di benzina	x0ex04, x0ex04a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
	Linea ad alta tensione	x0ex05, x0ex05a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
	Lavaggio a secco	x0ex06, x0ex06a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
	Tipografia offset	x0ex07, x0ex07a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
	Fabbrica di vernici	x0ex08, x0ex08a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
	Fabbrica di scarpe	x0ex09, x0ex09a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	__ __ __ __	
x0ex10	Lei possiede un giardino? (anche 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 29: 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 29: 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 30: 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	
x0ex20	Sul posto di lavoro è esposto/a a forti rumori?	x0ex20	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0ex21	Il suo lavoro o i suoi hobby la hanno esposta frequentemente alle seguenti sostanze?	x0ex21 x0ex22 x0ex23 x0ex24 x0ex25 x0ex26	Detergente, disinfettante Gas di scarico di motori Polvere di legno Polvere di grano Lana di roccia o lana di vetro Asbesto o amianto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
x0ex27	Il suo lavoro o i suoi hobby la hanno esposta frequentemente alle seguenti sostanze?	x0ex27 x0ex28 x0ex29 x0ex30 x0ex31 x0ex32	Metalli (Nickel, cromo, ferro, acciaio) Metalli pesanti (piombo, cadmio, mercurio) o arsenico Solventi (p.es. PER, TRI) o colori Prodotti del petrolio (benzina, diesel, catrame) Onde (raggi X, microonda, materiale radioattivo) Pesticidi	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.			

Algometer

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.

Wert in kg einfügen

x0am01

|__|__| . |__|

Messung wurde am folgenden Zeigefinger durchgeführt:

x0am02

1 links

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.		<input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> D D M M Y Y Y Y		
fh01	Qual è il nome e cognome di sua madre? INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.				
	Da dove proviene? (Luogo)				
	Quando è nata? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		Anno	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> D D M M Y Y Y Y <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	
fh02	Qual è il nome e cognome della madre di sua madre? (Nonna materna) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.				
	Da dove proviene? (Luogo)				
	Quando è nata? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		Anno	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> D D M M Y Y Y Y <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	
fh03	Qual è il nome e cognome del padre di sua madre? (Nonno materno) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.				
	Da dove proviene? (Luogo)				
	Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		Anno	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> D D M M Y Y Y Y <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	

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.			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		_ _ . _ _ . _ _ _ _ D D M M Y Y Y Y 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.			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	Quando è nata? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		_ _ . _ _ . _ _ _ _ D D M M Y Y Y Y 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.			
	Da dove proviene? (Luogo)			
	Quando è nato? (Data) oppure anno di nascita (se la data precisa è sconosciuta)		_ _ . _ _ . _ _ _ _ D D M M Y Y Y Y Anno _ _ _ _	