

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

	<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>			
	<i>Innanzitutto, consente la registrazione dell'intervista? Questo è importante per garantire la qualità.</i> INT: Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen. Starten Sie die Aufnahme.			
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">D</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">D</div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Y</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Y</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Y</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Y</div> </div>	
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 <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	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	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	
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	

x0pe07	Quante persone attualmente convivono con lei, lei stesso compreso?	x0pe11a	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
x0pe08	Si riferisca alla lista 2: Qual è il suo più alto titolo di studio conseguito?	x0pe08	<input type="checkbox"/> 1 Nessun titolo <input type="checkbox"/> 2 Licenza elementare <input type="checkbox"/> 3 Licenza media <input type="checkbox"/> 4 Diploma professionale (istituto professionale) <input type="checkbox"/> 5 Diploma di maturità (liceo/istituto tecnico) <input type="checkbox"/> 6 Diploma di laurea o superiore	
x0pe09	Complessivamente per quanti anni ha frequentato la scuola? INT: Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium. Es zählen nur vollendete Jahre.	x0pe09	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	if x0pe08 > 1 & x0pe09 > 5 end
x0pe10	Sa leggere un quotidiano e scrivere una lettera?	x0pe10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	

Occupation

<i>Le prossime domande si riferiscono al suo lavoro.</i>				
x0oc00	Si riferisca alla lista 3: Lei attualmente ha un impiego?	x0oc00	<input type="checkbox"/> 1 Sì, a tempo pieno <input type="checkbox"/> 2 Sì, regolarmente a tempo parziale	
			<input type="checkbox"/> 3 Sì, irregolarmente o occasionalmente <input type="checkbox"/> 4 No	
	Qual è l'indirizzo del suo attuale posto di lavoro?		Via/Piazza e numero civico: _____ CAP: _____ Comune ed eventuale frazione _____ Provincia _____ Stato _____	
x0oc01	In passato ha svolto una professione?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No
x0oc01a	Fino a quale anno ha avuto regolarmente un impiego?	x0oc01a	Anno _ _ _ _ _	
x0oc10	Si riferisca alla lista 4: Lei attualmente è ...?		<input type="checkbox"/> 1 Disoccupato/a	
		x0oc10	<input type="checkbox"/> 2 Casalingo/a <input type="checkbox"/> 3 Studente <input type="checkbox"/> 5 In formazione o riqualificazione professionale <input type="checkbox"/> 6 Congedo di maternità/paternità o altro congedo <input type="checkbox"/> 4 Pensionato/a <input type="checkbox"/> 7 Tirocinio, volontariato	
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

x0oc04	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc04a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (vedi sopra)		
		x0oc04b	Altro _____		
		x0oc04c	Da (anno) _____		
		x0oc04d	A (anno) _____		
	Ha svolto un'altra professione/ attività per almeno 1 anno?	x0oc05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc05	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc05a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (vedi sopra)		
		x0oc05b	Altro _____		
		x0oc05c	Da (anno) _____		
		x0oc05d	A (anno) _____		
	Ha svolto un'altra professione/ attività per almeno 1 anno?	x0oc06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc06	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc06a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (vedi sopra)		
		x0oc06b	Altro _____		
		x0oc06c	Da (anno) _____		
		x0oc06d	A (anno) _____		
	Ha svolto un'altra professione/ attività per almeno 1 anno?	x0oc07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0oc08
x0oc07	Si riferisca alla lista 5: Quale? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc07a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (vedi sopra)		
		x0oc07b	Altro _____		
		x0oc07c	Da (anno) _____		
		x0oc07d	A (anno) _____		

x0oc08	Si riferisca alla lista 6: Come classificherebbe la sua professione ossia la sua attività principale?	x0oc08	<input type="checkbox"/> 1 Come lavoro fisico pesante <input type="checkbox"/> 2 Come lavoro fisico mediamente pesante <input type="checkbox"/> 3 Come lavoro fisico leggero <input type="checkbox"/> 4 Nessuno lavoro fisico degno di nota		
x0rh01 x0rh02 x0rh03 x0rh04 x0rh05 x0rh06 x0rh07 x0rh08 x0rh09 x0rh10	Finora dove ha vissuto per almeno 1 anno? (Luogo) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. (x0rh01a / x0rh02a / x0rh03a / x0rh04a / x0rh05a / x0rh06a / x0rh07a / x0rh08a / x0rh09a / x0rh10a) Da (anno) (x0rh01b / x0rh02b / x0rh03b / x0rh04b / x0rh05b / x0rh06b / x0rh07b / x0rh08b / x0rh09b / x0rh10b) A (anno) (x0rh01c / x0rh02c / x0rh03c / x0rh04c / x0rh05c / x0rh06c / x0rh07c / x0rh08c / x0rh09c / x0rh10c) Ha vissuto in un altro luogo per almeno 1 anno? (x0rh02 / x0rh03 / x0rh04 / x0rh05 / x0rh06 / x0rh07 / x0rh08 / x0rh09 / x0rh10)				end
	Dove? (Luogo)	Da (anno)	A (anno)	Altro luogo? Sì No	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➡	
	_____	_ _ _ _	_ _ _ _		

Birth

	<i>Le prossime domande si riferiscono alla sua nascita e sviluppo.</i>			
x0bi01a	Qual era il suo peso alla nascita? INT: Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt bei einer Schwangerschaft mit normaler Dauer oberhalb von 3000g. Frühgeborene liegen etwa bei 1500-2000g. Weniger als 500g entsprechen einem extrem geringen Geburtsgewicht mit äußerst geringen Überlebenschancen.		<input type="checkbox"/> 1 Esattamente	
		x0bi01a	<input type="checkbox"/> 2 Circa	
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bi03
		x0bi01	_ _ _ In grammi	
x0bi03	Lei è nato pre- o postmaturo? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi03	<input type="checkbox"/> 1 Prematuro	
			<input type="checkbox"/> 2 Normale	x0bi04
			<input type="checkbox"/> 3 Postmaturo	
x0bi02a	In quale settimana di gravidanza si trovava sua madre al momento della nascita? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02a	<input type="checkbox"/> 1 Esattamente	
			<input type="checkbox"/> 2 Circa	
			<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bi04
		x0bi02	_ _ In settimane	
x0bi04	Si riferisca alla lista 7: Come è nato/a?	x0bi04	<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	<div> _ _ Ore per giorno</div> <div> _ _ Minuti per giorno</div> <div><input type="checkbox"/>3 Non lo so <input type="checkbox"/>2 {No}</div>	
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	<div> _ _ Ore per giorno</div> <div> _ _ Minuti per giorno</div> <div><input type="checkbox"/>3 Non lo so <input type="checkbox"/>2 {No}</div>	

Nutrition

	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
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
	(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
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
	(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
x0fd13	Altri dolciumi (caramelle e simili)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd14	Snack salati come arachidi salati, patatine, ecc	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd15	Pane bianco, pane misto, pane da toast (pane non integrale)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd16	Pane integrale, pane nero, pane di segale (Knäckebrot)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd17	Fiocchi d'avena, muesli, cornflakes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd18	Quark, yogurt, latte rappreso	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	(Si riferisca alla lista 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
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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulto				
	Attualmente beve regolarmente caffè espresso/moka? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd31c	<input type="checkbox"/> 2 No			<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0fd31f

	Quando ha smesso di bere regolarmente caffè espresso/moka? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto caffè espresso/moka in totale?	x0fd31d, x0fd31e	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Età</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Oppure per quanti anni</div> </div>		
x0fd31f	Quante tazze di espresso/moka (ca. 40 ml) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd31f			
x0fd32	Ha mai bevuto tè nero una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd32	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0fd33
	Quando ha iniziato a bere regolarmente tè nero? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?	x0fd32a x0fd32b	<div>Età</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <input type="checkbox"/>1 Bambino <input type="checkbox"/>2 Adolescente <input type="checkbox"/>3 Adulto </div>		
	Attualmente beve regolarmente tè nero? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd32c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0fd32f
	Quando ha smesso di bere regolarmente tè nero? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto tè nero in totale?	x0fd32d, x0fd32e	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Età</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Oppure per quanti anni</div> </div>		
x0fd32f	Quante tazze di tè nero (ca. 125 ml) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd32f			
x0fd33	Ha mai bevuto caffè americano (caffè da filtro) una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? (eccetto decaffeinato) INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate		<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0fd34

	Quando ha iniziato a bere regolarmente caffè americano/caffè da filtro? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?	x0fd33a	Età	_ _	
		x0fd33b	<input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulto		
	Attualmente beve regolarmente caffè americano/caffè da filtro? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd33c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0fd33f
	Quando ha smesso di bere regolarmente caffè americano/caffè da filtro? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto caffè americano/caffè da filtro in totale?	x0fd33d, x0fd33e	_ _ Età	_ _ Oppure per quanti anni	
x0fd33f	Quante tazze di caffè americano/caffè da filtro (ca. 125 ml) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd33f		_ _	
x0fd34	Ha mai bevuto Coca-Cola una o più volte al mese per almeno 6 mesi nella sua vita? (eccetto decaffeinata) INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd34	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
	Quando ha iniziato a bere regolarmente Coca-Cola? (Età) Oppure: da bambino(<12), adolescente(13-18) o da adulto(>19)?	x0fd34a	Età	_ _	
		x0fd34b	<input type="checkbox"/> 1 Bambino <input type="checkbox"/> 2 Adolescente <input type="checkbox"/> 3 Adulto		
	Attualmente beve regolarmente Coca-Cola? (Almeno 1 volta al mese)	x0fd34c	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	x0fd34f
	Quando ha smesso di bere regolarmente Coca-Cola? (Età) Oppure: Per quanti anni ha bevuto Coca-Cola in totale?	x0fd34d, x0fd34e	_ _ Età	_ _ Oppure per quanti anni	

x0fd34f	Quante lattine di Coca-Cola (33 cl) beve o ha bevuto in media al giorno? INT: Falls weniger als 1 Dose pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd34f	<div> </div>	
----------------	--	---------	----------------------	--

Alcohol

x0a100	Ha mai bevuto alcolici?		<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	end
x0a101	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		x0a105a
		x0a101	<input type="checkbox"/> 4 2-4 volte al mese <input type="checkbox"/> 5 2-3 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 6 4 o più volte alla settimana ma non ogni giorno <input type="checkbox"/> 7 Ogni giorno		if male x0a102a if female x0a102b
x0a102a	Si riferisca alla lista 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		x0a103a
x0a102b	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		

x0a103a	<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>	x0a103a x0a103b x0a103c x0a103d x0a103e x0a103f	birra analcolica? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/> birra? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/> vino bianco o spumante? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/> vino rosso? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/> grappa, liquore, ecc.? (n° bicchieri da 0,02 l) <input type="text"/> <input type="text"/> bevande miscelate alcoliche – drink? (n° bicchieri da 0,3 l) <input type="text"/> <input type="text"/>																												
x0a104a	<p>In generale considerando l'ultimo anno nei giorni feriali (da lunedì a giovedì) quante delle seguenti bevande ha consumato?</p> <p>INT: Die gesamten Werkstage berücksichtigen, also Summe aller Getränken über diese 4 Tage.</p> <p>Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.</p>	x0a104a x0a104b x0a104c x0a104d x0a104e x0a104f	birra analcolica? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/> birra? (n° bicchieri da 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/> vino bianco o spumante? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/> vino rosso? (n° bicchieri da 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/> grappa, liquore, ecc.? (n° bicchieri da 0,02 l) <input type="text"/> <input type="text"/> bevande miscelate alcoliche – drink? (n° bicchieri da 0,3 l) <input type="text"/> <input type="text"/>	x0a108a																											
x0a105a	<p>Si riferisca alla lista 12: Perché negli ultimi 12 mesi non ha più bevuto alcolici/ha bevuto pochi alcolici?</p>	x0a105a x0a105b x0a105c x0a105d x0a105e x0a105f x0a105g x0a105h	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presenza di una malattia</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Altri motivi di salute/per la protezione della propria salute</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Consiglio di un medico</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Motivi economici</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Motivi religiosi</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Sono un ex alcolista</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Altri motivi</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Non lo so</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sì	No	Presenza di una malattia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Altri motivi di salute/per la protezione della propria salute	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Consiglio di un medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Motivi economici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Motivi religiosi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Sono un ex alcolista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Altri motivi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Non lo so	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0a108a x0a108a
	Sì	No																													
Presenza di una malattia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Altri motivi di salute/per la protezione della propria salute	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Consiglio di un medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Motivi economici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Motivi religiosi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Sono un ex alcolista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Altri motivi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Non lo so	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
x0a106a	<p>Quando ha iniziato a bere regolarmente alcolici?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p>	x0a106a, x0a106b	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Anno</td> <td><input type="text"/><input type="text"/> ossia età di allora</td> </tr> </table>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anno	<input type="text"/> <input type="text"/> ossia età di allora																										
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anno	<input type="text"/> <input type="text"/> ossia età di allora																														

x0a107a	Quando ha smesso di bere regolarmente alcolici? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0a107a, x0a107b	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>	
x0a108a	Ha mai pensato a consumare meno alcol?	x0a108a	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0a108b	Si è mai infastidito quando altre persone hanno criticato il suo comportamento in rapporto all'alcol?	x0a108b	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0a108c	Ha mai avuto rimorsi a causa del suo consumo di alcol?	x0a108c	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	
x0a108d	Ha mai bevuto alcol per prima cosa al mattino, per calmare i nervi o per liberarsi dalla sbornia?	x0a108d	<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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0sm07	Si riferisca 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	<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		
		x0sm07a, x0sm07b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0sm08	A quel tempo quante sigarette fumava in media al giorno?	x0sm08	_ _		

x0sm10	<p>Nella sua vita complessivamente ha fumato la pipa più di 20 volte?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0sm12a	<p>Fuma ancora la pipa o fino a quando ha fumato?</p> <p>A (anno)</p> <p>O fino ad ora</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.</p>	x0sm12a, x0sm12b x0sm12c	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ _ A (anno) </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div> <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	<p>Nella sua vita complessivamente ha fumato sigari più di 20 volte?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0sm16a	<p>Fuma ancora sigari o fino a quando ha fumato?</p> <p>A (anno)</p> <p>O fino ad ora</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.</p>	x0sm16a, x0sm16b x0sm16c	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ _ A (anno) </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div> <input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}		

x0sm17a	Quanti sigari fuma o fumava in media:	x0sm17a	_ _ al giorno?		
		x0sm17b	_ _ 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	_ _ _ _ _ _ A (anno) ossia età di allora		
		x0sm20c	<input type="checkbox"/> 1 fino ad ora <input type="checkbox"/> 2 {No}		
x0sm21a	Quante volte mastica o masticava tabacco in media:	x0sm21a	_ _ al giorno?		
		x0sm21b	_ _ 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	<p>Sniffa ancora tabacco o fino a quando ha sniffato tabacco?</p> <p>A (anno)</p> <p>O fino ad ora</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.</p>	<p>x0sm24a, x0sm24b</p> <p>x0sm24c</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>A (anno)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>ossia età di allora</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>1 fino ad ora <input type="checkbox"/>2 {No} </div>	
x0sm25a	<p>Quante volte sniffa o sniffava tabacco in media:</p>	<p>x0sm25a</p> <p>x0sm25b</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>al giorno?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>al mese?</p> </div> </div>	
x0sm26	<p>A casa si fuma o in passato si fumava in sua presenza?</p> <p>INT: Passivrauchen</p>	x0sm26	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>1 Sì <input type="checkbox"/>2 No </div>	x0sm29
x0sm26a	<p>In quale periodo di tempo?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	<p>x0sm26a</p> <p>x0sm26b</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Da (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	
	In un ulteriore periodo di tempo?	x0sm27	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>1 Sì <input type="checkbox"/>2 No </div>	x0sm29
x0sm27a	In quale periodo di tempo?	<p>x0sm27a</p> <p>x0sm27b</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Da (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	
	In un ulteriore periodo di tempo?	x0sm28	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>1 Sì <input type="checkbox"/>2 No </div>	x0sm29
x0sm28a	In quale periodo di tempo?	<p>x0sm28a</p> <p>x0sm28b</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Da (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	
x0sm29	Per lavoro è o è stato trattenuto in luoghi dove altre persone fumano?	x0sm29	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>1 Sì <input type="checkbox"/>2 No </div>	end
x0sm29a	In quale periodo di tempo?	<p>x0sm29a</p> <p>x0sm29b</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Da (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	
	In un ulteriore periodo di tempo?	x0sm30	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>1 Sì <input type="checkbox"/>2 No </div>	end
x0sm30a	In quale periodo di tempo?	<p>x0sm30a</p> <p>x0sm30b</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Da (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A (anno)</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	

	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, virus	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	
	Morbillo	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	<div> <input type="checkbox"/>1 Sì </div> <div> <input type="checkbox"/>2 No <input type="checkbox"/>3 Non lo so </div>	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
	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	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		

	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>			

	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>			

	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)		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div>		
		x0pn05a	lombare	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0pn05b	toracica	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0pn05c	cervicale	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0pn06a	Il dolore si diffonde nel braccio o nella gamba?		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div>		
		x0pn06a	Gamba	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0pn06b	Braccio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0pn02a	Da quando sono presenti i dolori alla schiena?	x0pn02a	_ _ mesi		
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn02b	_ _ anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn03a	_ _ giorni/mese		
		x0pn03b	_ _ giorni/anno		
	Intensità	x0pn04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte		
x0pn11	Soffre di dolori alle articolazioni?	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn21
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.				
	Presenti da: (mesi)	x0pn12a	_ _ mesi		
	Presenti da: (anni)	x0pn12b	_ _ anni		
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno	x0pn13a	_ _ giorni/mese		
		x0pn13b	_ _ giorni/anno		
x0pn14	Quanto forti sono i dolori alle articolazioni?	x0pn14	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte		

	Quali articolazioni riguardano?	x0pn15				
x0pn21	Soffre di altri dolori (p.es. mal di pancia, dolori mestruali, mal di denti)? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn21	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	x0pn30	
	Presenti da: (mesi) Presenti da: (anni)	x0pn22a x0pn22b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>mesi</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>anni</div> </div>			
	Frequenza in giorni/mese o giorni/anno INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn23a x0pn23b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>giorni/mese</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>giorni/anno</div> </div>			
x0pn24	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	Per favore specifichi l'anno in cui è insorto il tumore maligno. 1. Tumore maligno... / 2. Tumore maligno... / 3. Tumore maligno... / 4. Tumore maligno... / 5. Tumore maligno... Anno... INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren. (x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a) Denominazione e localizzazione? INT: Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsenkrebs handelte. (x0ca01b/ x0ca02b / x0ca03b / x0ca04b / x0ca05b) È stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera? (x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c) In quale ospedale è stato trattato? (x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)																																							
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Anno</th> <th style="width: 25%;">Denominazione e localizzazione</th> <th style="width: 15%;">Ricoverato per trattamento?</th> <th style="width: 15%;">Ospedale</th> <th style="width: 30%;">end</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>No Sì</th> <th></th> <th>if x0ca00a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 2</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 3</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 4</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Anno	Denominazione e localizzazione	Ricoverato per trattamento?	Ospedale	end			No Sì		if x0ca00a	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 1	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 2	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 3	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 4	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____					
Anno	Denominazione e localizzazione	Ricoverato per trattamento?	Ospedale	end																																				
		No Sì		if x0ca00a																																				
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 1																																				
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 2																																				
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 3																																				
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	= 4																																				
_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____																																					

Diabetes

x0dm00	Un medico le ha mai diagnosticato il diabete?	x0dm00	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0dm01	Per favore indichi l'anno oppure l'età in cui le è stato diagnosticato il diabete. INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm01a, x0dm01b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>	
x0dm02	Si riferisca alla lista 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>	

Blood values

x0bl01	<p>Le è mai stata accertata l'ipertensione arteriosa (pressione sanguigna troppo elevata)?</p> <p>INT: Bitte Frage langsam vorlesen!</p> <p>Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!</p>	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0bl11
x0bl01a	<p>In quale anno le è stata accertata per la prima volta l'ipertensione?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren.</p>	x0bl01a, x0bl01b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0bl11	<p>Negli ultimi 12 mesi le sono stati accertati valori di colesterolo o trigliceridi elevati ovvero di iperlipidemia?</p>	x0bl11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	end
x0bl11a	<p>In quale anno le è stata accertata per la prima volta l'iperlipidemia?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0bl11a, x0bl11b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		

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.		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold; font-size: small;"> No Non lo so Sì </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-weight: bold; font-size: small;"> Anno della diagnosi </div>		
	1. Iperfunzione	x0th01, x0th01a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡	Anno _ _ _ _	
	2. Ipofunzione	x0th02, x0th02a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡	Anno _ _ _ _	
	3. Gozzo	x0th03, x0th03a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡	Anno _ _ _ _	
	4. Nodo	x0th04, x0th04a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡	Anno _ _ _ _	
	5. Morbo Basedow	x0th05, x0th05a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡	Anno _ _ _ _	
	6. Carcinoma (cancro)	x0th06, x0th06a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡	Anno _ _ _ _	
	7. Altre malattie tiroidee	x0th09, x0th09a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡	Anno _ _ _ _	
x0th11	È mai stato sottoposto a radiolODIOterapia?	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 radiolODIOterapia?	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 riferisca 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. Se un altro punto, quale?	x0mi05a	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div> Dietro allo sterno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0mi05b	Torace anteriore sinistro <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0mi05c	Collo/angolo mandibolare <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0mi05d	Spalla sinistra <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0mi05e	Altro <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0mi05f	_____		
		x0mi06	Il dolore o disagio si irradia al braccio sinistro?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No
x0mi07	Ha mai accusato un forte dolore trasversale al torace, che è durato mezz'ora o più?	x0mi07	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No		

x0mi08	Che lei sappia ha una coronaropatia? INT: Arterienverkalkung der Herzkrankgefäße Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0mi08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0mi09																					
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0mi08a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0mi09																					
		x0mi08b, x0mi08c	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>																							
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0mi08d	<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																							
x0mi09	Ha mai avuto un infarto miocardico accertato da un medico?	x0mi09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0mi16																					
x0mi10	Quanti infarti miocardici ha avuto complessivamente?	x0mi10	_ _																							
x0mi11a	<p>Per favore specifichi l'anno in cui è insorto il 1. infarto miocardico/ 2. infarto miocardico/ 3. infarto miocardico/ 4. infarto miocardico/ 5. infarto miocardico.</p> <p>INT: Wenn mehr als fünf Herzinfarkte, den ersten und die letzten vier Herzinfarkte eingeben.</p> <p>Falls der Herzinfarkt erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>(x0mi11a / x0mi12a / x0mi13a / x0mi14a / x0mi15a)</p> <p>All'epoca è stato ricoverato per trattamento in degenza ospedaliera?</p> <p>(x0mi11b / x0mi12b / x0mi13b / x0mi14b / x0mi15b)</p> <p>In quale ospedale è stato trattato?</p> <p>(x0mi11c / x0mi12c / x0mi13c / x0mi14c / x0mi15c)</p>																									
	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Anno</th> <th style="text-align: left;">Ricoverato per trattamento?</th> <th style="text-align: left;">Ospedale</th> </tr> <tr> <th></th> <th>No Sì</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1</td> <td>⇒ _____</td> </tr> </tbody> </table>				Anno	Ricoverato per trattamento?	Ospedale		No Sì		_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____	x0mi16 if x0mi10 = 1 = 2 = 3 = 4
Anno	Ricoverato per trattamento?	Ospedale																								
	No Sì																									
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____																								
x0mi16	È mai stato/a sottoposto/a a coronarografia?	x0mi16	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so																						
x0mi17	È mai stato/a sottoposto/a ad un' operazione al cuore?	x0mi17	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so																						

x0mi18	È mai stato 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0hf02	Soffre di "acqua nei polmoni" (edema polmonare)? INT: (Linksherzinsuffizienz) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf03
	Da quando? (Anno)	x0hf02a, x0hf02b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0hf03	Ha 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
x0hf04	Che lei sappia ha una miocardite? INT: (Myokarditis) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf05
		x0hf04a, x0hf04b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Descriva la malattia in maniera possibilmente accurata:	x0hf04c	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

x0hf05	Che lei sappia soffre di una miocardiopatia? (p.es. Cardiomiopatia ipertrofica) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0hf06
		x0hf05a, x0hf05b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">Anno</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">ossia età di allora</div>		

	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0hf08a, x0hf08b	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>	
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0af02d	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/>1 Sì, nel passato <input type="checkbox"/>2 Sì, attualmente </div> <div> <input type="checkbox"/>3 No <input type="checkbox"/>4 Non lo so </div> </div>		
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?		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Sì No </div>			
		x0af03a	Tachicardia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03b	Extrasistole	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03c	Debolezza/stanchezza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03d	Dispnea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03e	Dolori al torace	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03f	Ansia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03g	Vertigine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03h	Altri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
x0af03i	Descriva gli altri disturbi	x0af03i	<hr/>			
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 Herzklopfen, das durch Aufregung verursacht ist, ist nicht mit einzuberechnen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so		x0af08
		x0af07a, x0af07b	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="margin: 0 20px;"> ossia età di allora </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; text-align: center;"> _ _ </div> </div>			

	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>																										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Anno</th><th style="text-align: center;">Ricoverato per trattamento?</th><th style="text-align: center;">Ospedale</th></tr> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">No Sì</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> _ _ _ _ </td><td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td><td>_____</td></tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td><td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td><td>_____</td></tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td><td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td><td>_____</td></tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td><td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td><td>_____</td></tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td><td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>					Anno	Ricoverato per trattamento?	Ospedale		No Sì		_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____	end if x0st00a = 1 = 2 = 3 = 4
Anno	Ricoverato per trattamento?	Ospedale																									
	No Sì																										
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____																									
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____																									
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____																									
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____																									
_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡	_____																									

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	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Anno</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	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	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Anno</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div>		
	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

	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta una vasculite?	x0cd14a, x0cd14b	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>		
	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0cd14c	<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:	x0cd14d	_____		
x0ki04	Le è stata diagnosticata una malattia delle arterie renali (inclusa stenosi dell'arteria renale)?	x0ki04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki05
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta una malattia delle arterie renali?	x0ki04a, x0ki04b	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>		
	Si riferisca alla lista 20: Come è stato trattato?	x0ki04c	<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:	x0ki04d	_____		
x0ki05	Le è stata diagnosticata una malattia renale ereditaria o congenita (incluso Rene Policistico)?	x0ki05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki06
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta?	x0ki05a, x0ki05b	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>		

	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	x0ki07
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta un tumore ai reni?	x0ki06a, x0ki06b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	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	x0ki08
	In quale anno sono stati diagnosticati per la prima volta calcoli renali?	x0ki07a, x0ki07b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Anno ossia età di allora </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Anno ossia età di allora </div>		
	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	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
x0ki11a	Anno del primo trapianto	x0ki11a, x0ki11b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Anno ossia età di allora </div>		if x0ki10a = 1 x0ki16

x0ki12a	Anno del secondo trapianto	x0ki12a, x0ki12b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		if x0ki10a = 2 x0ki16
x0ki13a	Anno del terzo trapianto	x0ki13a, x0ki13b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		if x0ki10a = 3 x0ki16
x0ki14a	Anno del quarto trapianto	x0ki14a, x0ki14b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		if x0ki10a = 4 x0ki16
x0ki15a	Anno del quinto trapianto	x0ki15a, x0ki15b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		
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	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		
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	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		
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	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		
x0ki20	È stato operato per angioplastica delle arterie renali?	x0ki20	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ki21
	In quale anno?	x0ki20a, x0ki20b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		
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	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div>		

Neurology

x0ne01	Un medico le ha mai diagnosticato epilessia o convulsioni febbrili (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 febbrili?	x0ne01a, x0ne01b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Negli ultimi 12 mesi ha avuto epilessia o convulsioni febbrili?	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 febbrili?	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 zittriger oder kleiner geworden. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0pk01
	Ciò è stato diagnosticato da un medico?	x0ne02a	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	x0ne03a
	Quando? (Anno)	x0ne02b, x0ne02c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	È stato o 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	<hr/>		
	Trema a riposo, ad esempio quando sta seduto sul divano a vedere la televisione?	x0ne03b	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
	Trema in movimento o in determinate posture, ad esempio se tiene una tazza, un bicchiere o il cucchiaino per la minestra? (tremore posturale-cinetico)	x0ne03c	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	
x0pk01	Ha o ha avuto problemi ad alzarsi da una sedia?	x0pk01	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so	

x0pk02	La Sua scrittura è diventata più piccola rispetto a prima?	x0pk02	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk03	Qualcuno Le ha detto che la Sua voce è più bassa di prima?	x0pk03	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk04	Ha o ha mai avuto la sensazione d'instabilità quando in piedi?	x0pk04	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk05	Ha mai avuto l'impressione che i suoi piedi sembrano "incollati" al pavimento?	x0pk05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk06	Qualcuno Le ha detto che il Suo viso è meno espressivo di una volta?	x0pk06	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk07	Le Sue braccia o le Sue gambe tremano?	x0pk07	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk08	Le capita di avere difficoltà a sbottonare i bottoni?	x0pk08	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk09	I suoi piedi strisciano nel camminare o fa passi più piccoli di prima?	x0pk09	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk10	Qualcuno Le ha mai detto che lei ha il morbo di Parkinson?	x0pk10	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
x0pk11	Ha mai assunto farmaci come Sinemet o Madopar?	x0pk11	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 3 Non lo so	
		parkinson (Zahl)	positività al Parkinson <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			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:		<div> <div>Sì</div> <div>No</div> </div>		
		x0rb06	<div> <div>parlare, urlare, inveire, ridere in modo rumoroso</div> <div> <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 </div> </div>		
		x0rb07	<div> <div>movimenti improvvisi degli arti</div> <div> <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 </div> </div>		
		x0rb08	<div> <div>gesti, svolgimento di movimenti che nel sonno non hanno senso, come ad esempio accennare, salutare, scacciare moscerini, cadere dal letto</div> <div> <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 </div> </div>		
		x0rb09	<div> <div>oggetti rovesciati intorno al letto, come ad esempio lampada del comodino, libro, occhiali</div> <div> <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 </div> </div>		
x0rb10	Capita che si sveglia a causa dei suoi propri movimenti?	x0rb10	<div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>Sì</div> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div>No</div> </div>		
x0rb11	Dopo il risveglio il più delle volte riesce a ricordare il contenuto dei suoi sogni?	x0rb11	<div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>Sì</div> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div>No</div> </div>		
x0rb12	Il suo sonno è spesso perturbato?	x0rb12	<div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>Sì</div> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div>No</div> </div>		
x0rb13	Soffre o ha sofferto di una malattia del sistema nervoso (p.es. Ictus, commozione cerebrale, Parkinson, RLS, narcolessia, depressione, epilessia, encefalite)?	x0rb13	<div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>Sì</div> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div>No</div> </div>		
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	<div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>Sì</div> </div>	<div> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div>No</div> <div><input type="checkbox"/>3</div> <div>Non lo so</div> </div>	x0ne05
	In quale anno è stata diagnosticata per la prima volta la malattia di Huntington o di Veitstanz?	x0ne04a, x0ne04b	<div> <div> <div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div> </div> </div>		
	Negli ultimi 12 mesi è stato trattato per via della malattia di Huntington o di Veitstanz?	x0ne04c	<div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>Sì</div> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div>No</div> <div><input type="checkbox"/>3</div> <div>Non lo so</div> </div>		
x0ne05	Un medico le ha mai diagnosticato un mioclono, un tic o una distonia? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne05	<div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>Sì</div> </div>	<div> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div>No</div> <div><input type="checkbox"/>3</div> <div>Non lo so</div> </div>	x0ne06
	In quale anno è stato diagnosticato per la prima volta un mioclono, un tic o una distonia?	x0ne05a, x0ne05b	<div> <div> <div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Anno</div> </div> <div> <div> <div> _ _ </div> <div>ossia età di allora</div> </div> </div> </div> </div>		

	Negli ultimi 12 mesi ha avuto un mioclono, 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 mioclono, 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 Mioclono: 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	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>			
	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	<div> <div> _ _ _ _ </div> Anno </div> <div> <div> _ _ </div> ossia età di allora </div>			
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Anno </div> <div> _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0ne12d	<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		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	Descriva la situazione di allora in maniera possibilmente accurata:	x0st20c	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ ossia età di allora </div> </div>		
	È stato o viene trattato da un medico per questo?	x0ne13d	<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		

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 ondegianti, "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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th><th style="width: 25%; text-align: center;">Sì</th><th style="width: 25%; text-align: center;">No</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>limitato ad una metà della testa?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>che si manifesta su entrambi le parti della testa?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>con carattere pulsante o palpitante?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>con carattere ottuso, opprimente, come una corda che stringe intorno al capo?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> </tbody> </table>				Sì	No	limitato ad una metà della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	che si manifesta su entrambi le parti della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	con carattere pulsante o palpitante?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	con carattere ottuso, opprimente, come una corda che stringe intorno al capo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Sì	No																			
limitato ad una metà della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
che si manifesta su entrambi le parti della testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
con carattere pulsante o palpitante?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
con carattere ottuso, opprimente, come una corda che stringe intorno al capo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th><th style="width: 25%; text-align: center;">Sì</th><th style="width: 25%; text-align: center;">No</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>che si manifesta all'improvviso in un unico punto della testa e si protrae in maniera acuta solo per pochi secondi?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>che ostacola le sue abituali attività quotidiane?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>che si infittisce attraverso sforzo fisico, p.es. fare le scale?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>accompagnato da nausea?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> </tbody> </table>				Sì	No	che si manifesta all'improvviso in un unico punto della testa e si protrae in maniera acuta solo per pochi secondi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	che ostacola le sue abituali attività quotidiane?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	che si infittisce attraverso sforzo fisico, p.es. fare le scale?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da nausea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Sì	No																			
che si manifesta all'improvviso in un unico punto della testa e si protrae in maniera acuta solo per pochi secondi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
che ostacola le sue abituali attività quotidiane?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
che si infittisce attraverso sforzo fisico, p.es. fare le scale?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
accompagnato da nausea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			

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.	x0mg13 x0mg14 x0mg15 x0mg16 x0mg17	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>accompagnato da vomito?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da ipersensibilità acustica?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da ipersensibilità visiva?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da ipersensibilità olfattiva?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sì	No	accompagnato da vomito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da ipersensibilità acustica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da ipersensibilità visiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da ipersensibilità olfattiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Sì	No																				
accompagnato da vomito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da ipersensibilità acustica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da ipersensibilità visiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da ipersensibilità olfattiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da sfarfallio davanti agli occhi o interruzione del campo visivo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
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.	x0mg18 x0mg19 x0mg20	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>accompagnato da occhi rossi o lacrimanti oppure da naso colante dalla parte della testa colpita dal mal di testa?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>accompagnato da debolezza, da paralisi o sensazione di intorpidimento di un braccio o di una gamba, oppure da disturbi del linguaggio?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di svegliarla?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sì	No	accompagnato da occhi rossi o lacrimanti oppure da naso colante dalla parte della testa colpita dal mal di testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	accompagnato da debolezza, da paralisi o sensazione di intorpidimento di un braccio o di una gamba, oppure da disturbi del linguaggio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di svegliarla?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2							
	Sì	No																				
accompagnato da occhi rossi o lacrimanti oppure da naso colante dalla parte della testa colpita dal mal di testa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
accompagnato da debolezza, da paralisi o sensazione di intorpidimento di un braccio o di una gamba, oppure da disturbi del linguaggio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
che si manifesta solo nel sonno e quindi in grado di svegliarla?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
x0mg21	Da quanti anni soffre di mal di testa? Per favore specifichi il tempo corrispondente in anni.	x0mg21	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>																
	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
x0mg22	Come classificherebbe l'intensità del mal di testa in media?	x0mg22	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = dolore molto debole ... 10 = dolore molto forte																			

Other diseases

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

Women

	Le seguenti domande riguardano la sua sfera sessuale/riproduttiva.			if male end	
x0wo01a	A quale età ha avuto la prima mestruazione?	x0wo01a, x0wo01b x0wo01c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Anno </div> <div style="text-align: center;"> _ _ ossia età di allora </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/>1 Finora non ho avuto le mestruazioni <input type="checkbox"/>2 Non lo so </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> _ _ Numero di mesi </div> <div style="text-align: center;"> _ _ o numero di anni </div> </div>		
x0wo05	Attualmente è incinta?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Non lo so, possibile	x0wo06
	In quale settimana di gravidanza si trova?	x0wo05a	_ _		
x0wo06	Ha ancora le mestruazioni?	x0wo06	<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Sì	end
	Quando sono cessate le mestruazioni?	x0wo07	_ _		

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)																																	
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: left;">Sì</th> <th style="width: 80%; text-align: left;">Distanza (In metri)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> </tbody> </table>	No	Sì	Distanza (In metri)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _	
No	Sì	Distanza (In metri)																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ➡	_ _ _ _																																
x0ex10	Lei possiede un giardino? (anche un orticello)	x0ex10	<input type="checkbox"/> 1 Sì <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; display: inline-block;"><input type="checkbox"/>2 No</div>	x0ex12																														
x0ex11	Utilizza pesticidi (insetticida, erbicida, fungicida)?	x0ex11	<input type="checkbox"/> 1 Sì <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; display: inline-block;"><input type="checkbox"/>2 No</div>	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 <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; display: inline-block;"><input type="checkbox"/>2 No</div>	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?		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x0ex21 Detergente, disinfettante</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex22 Gas di scarico di motori</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex23 Polvere di legno</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex24 Polvere di grano</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex25 Lana di roccia o lana di vetro</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex26 Asbesto o amianto</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>			Sì	No	x0ex21 Detergente, disinfettante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex22 Gas di scarico di motori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex23 Polvere di legno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex24 Polvere di grano	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex25 Lana di roccia o lana di vetro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex26 Asbesto o amianto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Sì	No																								
x0ex21 Detergente, disinfettante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex22 Gas di scarico di motori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex23 Polvere di legno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex24 Polvere di grano	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex25 Lana di roccia o lana di vetro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex26 Asbesto o amianto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex27	Il suo lavoro o i suoi hobby la hanno esposta frequentemente alle seguenti sostanze?		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x0ex27 Metalli (Nickel, cromo, ferro, acciaio)</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex28 Metalli pesanti (piombo, cadmio, mercurio) o arsenico</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex29 Solventi (p.es. PER, TRI) o colori</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex30 Prodotti del petrolio (benzina, diesel, catrame)</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex31 Onde (raggi X, microonda, materiale radioattivo)</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex32 Pesticidi</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>			Sì	No	x0ex27 Metalli (Nickel, cromo, ferro, acciaio)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex28 Metalli pesanti (piombo, cadmio, mercurio) o arsenico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex29 Solventi (p.es. PER, TRI) o colori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex30 Prodotti del petrolio (benzina, diesel, catrame)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex31 Onde (raggi X, microonda, materiale radioattivo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ex32 Pesticidi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Sì	No																								
x0ex27 Metalli (Nickel, cromo, ferro, acciaio)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex28 Metalli pesanti (piombo, cadmio, mercurio) o arsenico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex29 Solventi (p.es. PER, TRI) o colori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex30 Prodotti del petrolio (benzina, diesel, catrame)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex31 Onde (raggi X, microonda, materiale radioattivo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
x0ex32 Pesticidi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.																										

Algometer

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

Family

<i>Le prossime domande riguardano i suoi genitori e nonni.</i>			
	Quando è nato/a? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> . <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> . <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> D D M M Y Y Y Y </div>

