**QUESTIONARIO**

**DATI PRECOMPILATI**

**DATI ANAGRAFICI**

Nome:

Cognome:

Sesso:

Data di nascita:

Comune/Nazione di nascita:

**RESIDENZA**

Comune e provincia di residenza

Indirizzo

Recapito telefonico principale

Altri Recapiti telefonici

**DOMICILIO *(se diverso dalla residenza)***

**Nazione:**

1. Italia

2. Estero -ESCE dalla rilevazione

**Comune: |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| Prov |\_\_|\_\_|**

**Indirizzo |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**1. Nell’ ultima settimana ha svolto una o più ore di lavoro retribuito o presso l’azienda di un familiare?**

1. Sì -> andare a dom.4

2. No

(se no a dom.1)

**2. Ha un lavoro da cui ricava un guadagno?**

1. Sì

2. No, sto cercando lavoro

3. No, sono casalinga

4. No, sono studente

5. No, sono ritirato dal lavoro

6. No, sono in altra condizione

(se Sì a dom. 2)

**3. Nell’ultima settimana per quale motivo non ha svolto ore di lavoro?**

1. Ero in cassa integrazione

2. Ero in ferie

3. Ero in malattia

4. Ero in quarantena

5. Attività bloccata/sospesa per epidemia

6. Per ridotta attività, scarsità di richieste

7. Altro motivo (specificare ………….)

(Se si a dom.1 o a dom.2)

**4. Qual è la sua professione?**

1. Dirigente

2. Quadro, impiegato

3. Capo operaio, operaio subalterno e assimilati, apprendista, lavorante a domicilio per conto d'impresa

4. Imprenditore

5. Libero professionista

6. Lavoratore in proprio /coadiuvante familiare

7. Socio cooperativa

8. Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto), prestazione d'opera occasionale

(per tutti)

**5. A partire dal 1 febbraio 2020 ha viaggiato in un paese estero?**

1. Sì -> **Quale Paese**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. No

**6. A partire dal 1 febbraio 2020, è stato a contatto con qualche persona affetta da COVID-19/SARS-CoV-2?**

1. Si negli ultimi 14 giorni

2.Sì, prima degli ultimi 14 giorni

3. Si, sia negli ultimi 14 giorni che prima

4. No

5. Non so

(Se sì, cod.1, 2 o 3 a dom.6)

**7. La/e persona/e con cui è entrato in contatto erano:** (possibili più risposte)

1. familiare convivente

2. familiare non convivente

3. collega di lavoro

4. paziente

5. altra persona

(per le donne nate tra il 15 maggio 1971 e il 15 maggio 2002)

**8. E’ In stato di gravidanza?**

1. Sì **Mese di gestazione** |\_|

2. No

**3**. Non so

(per tutti)

**9. E stato vaccinato per influenza nella corrente stagione (ottobre 2019-gennaio 2020)?**

1. Sì

2. No

**3**. Non so

**10. Ha ricevuto una diagnosi di COVID 2019:**

1. Sì ---- **Quando?**|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

2. No

**11. A partire dal 1 febbraio 2020, ha avuto uno dei seguenti sintomi? Quando?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **Negli ultimi 14 giorni**  | **Prima degli ultimi 14 giorni** |
| a.Dolori ossei/muscolari  | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| b. Senso di stanchezza  | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| c. Mal di testa | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| d. Congiuntivite  | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| e. Diarrea | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| f. Difficoltà a respirare  | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| g. Dolori Addominali | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| h. Perdita/alterazione del gusto | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| i. Perdita/alterazione dell’olfatto | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| l. Mal di gola | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| m. Febbre  | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| n. Tosse | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| o. Sindrome di tipo influenzale | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| p. Nausea/Vomito | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |
| q. Confusione mentale | 1□ | 2□ | 1□ | 2□ |

**12. Presenta qualcuna delle seguenti malattie?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sì** | **No** | **Non sa** |
| a.Diabete  | 1□ | 2□ | 3□ |
| b.Malattie cardiovascolari | 1□ | 2□ | 3□ |
| c.Deficit immunitari  | 1□ | 2□ | 3□ |
| d.Malattie respiratorie croniche  | 1□ | 2□ | 3□ |
| e.Rinite allergica | 1□ | 2□ | 3□ |
| f.Malattie renali | 1□ | 2□ | 3□ |
| g.Malattie autoimmuni Lupus artrite reumatoide malattie croniche intestinali, sclerosi a placche | 1□ | 2□ | 3□ |
| h. Ipertensione | 1□ | 2□ | 3□ |
| i.Malattie del sangue | 1□ | 2□ | 3□ |
| l.Malattie neurologiche (Parkinson, Alzheimer) | 1□ | 2□ | 3□ |
| m.Tumori | 1□ | 2□ | 3□ |

(Se Sì a dom.12m altrimenti andare a dom.14)

**13. Nell’ultimo mese ha ricevuto terapie con farmaci antitumorali?**

1. Sì

2. No

(per tutti)

**14. Lei fuma?**

1. Si

2. No, ma fumavo in passato

3. No, non ho mai fumato

**15. Quanto pesa?**

Chilogrammi |\_\_|\_\_|\_\_|

**16. Quanto è alto?**

Centimetri |\_\_|\_\_|\_\_|