



## **PROGETTO ORIGINALE QUESTIONARIO PER UNA PREVENZIONE CONSAPEVOLE**

Gentile Signora, Egregio Signore,

la compilazione del seguente questionario, del tutto volontaria, offre l'opportunità di poter essere inserito/a in un progetto pluriennale di educazione sanitaria e di essere seguito/a dall'equipe di INSALUTE in un percorso di **prevenzione consapevole** tramite richiami regolari per verificare l'acquisizione di quelle conoscenze funzionali al miglioramento dei suoi stili di vita. L'obiettivo principale, come si evince dal titolo del progetto stesso, riguarda l'assunzione di un ruolo attivo nella prevenzione che costituisca un esempio positivo all'interno del suo nucleo familiare. A differenza degli anni precedenti i cui obiettivi riguardavano l'analisi del territorio e dei suoi bisogni, vorremmo ora formare delle persone capaci di co-gestire la propria salute riducendo i rischi, ove possibile, e mantenere efficienti i propri apparati ed organi nell'interesse non solo del singolo ma anche della Comunità.

**Quindi, nel caso lo ritenga opportuno, risponda alle seguenti domande (barrando con una X e/o scrivendo in stampatello) dopo aver firmato la seguente LIBERATORIA:**

“Dichiaro ai sensi e per gli effetti di cui alla L. 196/03, di essere stato edotto che i dati personali richiesti direttamente oppure raccolti presso terzi verranno utilizzati solo in conformità alle specifiche finalità educative e di assistenza sanitaria statutariamente perseguite dall'Associazione “Insalute”. Acconsento pertanto al loro trattamento e prendo atto che lo stesso avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alla suddette finalità”

<b>DATA</b>	<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
<hr/>		
<b>INDIRIZZO:</b>	<b>CITTA'</b>	<b>CAP</b>
<hr/>		
<b>EMAIL:</b>	<b>@</b>	
<hr/>		
<b>CELLULARE</b>		
<hr/>		
		<hr/>
		Firma leggibile

1. **SESSO/GENERE:**

1. Maschio

2. Femmina

2. **ETA':**

1) 0 – 14 anni

3) 45 – 64 anni

5) 75 – 84 anni

2) 15 – 44 anni

4) 65 – 74 anni

6) 85 anni e oltre

3. **TITOLO DI STUDIO:**

1. licenza elementare

3. diploma o qualifica di scuola media superiore

2. licenza di scuola media inferiore

4. laurea e post-laurea

4. **ALTEZZA** (in centimetri, misurarsi in stazione eretta, posizionandosi vicino ad un muro, scalzi piedi uniti) :                **cm**

5. **PESO** (in kilogrammi, pesarsi al mattino a digiuno, vestiti con la sola biancheria intima)  
\_\_\_ \_\_ \_\_, \_\_\_ **Kg** ( $BMI = \underline{\hspace{2cm}}$  <calcolo e compilazione a carico di INSALUTE>)

6. **CIRCONFERENZA DELLA VITA** (in centimetri - misurarsi con un metro da sarta la vita all'altezza dell'ombelico) : \_\_\_ \_\_ \_\_ **cm**

7. **PRESSIONE ARTERIOSA** (misurarla 3 volte a distanza di 5 minuti in un ambiente rilassante, lontano dagli orari del pasto, lontano da sforzi fisici effettuati . Riportare qui il valore: MEDIO della Pressione MASSIMA (sistolica) e il valore MEDIO della Pressione MINIMA (diastolica)

**Pressione Arteriosa (PA):** \_\_\_\_\_ (massima/sistolica)/ \_\_\_\_\_ (minima/diastolica)

### 8. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

La esegue regolarmente ogni anno : SI  NO

### 9. L'ATTIVITA' INTESTINALE ("ANDARE IN BAGNO")– viene da LEI controllata?

a. Dedica del tempo a questa funzione fisiologica : - regolarmente  oppure.....

- aspetta di ricevere "l'avviso" dall'intestino

b. Evacua con l'aiuto di purghe (compresse, sciroppi, ecc)  o per via rettale (supposte, clisteri)

### 10. Partecipa ai test che l'Asl (S.S.N.) La invita ad effettuare:

a. Pap Test ( per le femmine ) : SI  NO  : ultimo effettuato data: \_\_\_\_\_

b. Mammografia ( per le femmine ): SI  NO  : ultima effettuata data: \_\_\_\_\_

c. Sangue occulto nelle feci (3 campioni) SI  NO  : ultimo effettuato data: \_\_\_\_\_

### 11. FARMACI IN USO QUOTIDIANO se si usano .... ( indicare solo i nomi commerciali o i nomi dei farmaci generici senza specificare la quantità)

a) \_\_\_\_\_ f) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_ g) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_ h) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_ i) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_ j) \_\_\_\_\_

Altri: \_\_\_\_\_

### 12. FARMACI IN USO SPORADICO – raramente (cioè al bisogno, a volte, al mese, all'anno...)

a. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

### 13. CONSERVAZIONE DEI FARMACI (indicare in quale stanza e in quale luogo vengono conservati):

a) Sala /Tinello  ..... a. cassetto armadio/comò  vicino ad una fonte di calore: SI  NO

b) Camera da letto  b. cassetto armadio/comò  vicino ad una fonte di calore: SI  NO

c) Bagno  ..... c. Mobiletto del bagno .....  vicino ad una fonte di calore: SI  NO

d) Cucina  ..... d. Mobiletto da cucina .....  vicino ad una fonte di calore: SI  NO

**14. FARMACI PRESENTI IN CASA= CONTROLLA REGOLARMENTE LA DATA DELLE SCADENZE ( OPPURE QUALCUN ALTRO PER LEI):**

SI  NO  RARAMENTE  MAI

**15. E' PORTATORE DI PROTESI E APPARECCHI (barrare solo se la risposta è SI):**

- a) Protesi d'anca: in una gamba  nelle due gambe
- b) Protesi ginocchio: in una gamba  nelle due gambe
- c) Protesi mammaria: in un lato  o in tutti i due lati
- d) Apparecchio acustico: in un orecchio  in ambedue le orecchie
- e) Pace maker cardiaco (affetti da Fibrillazione Atriale o altri problemi del ritmo cardiaco) : SI  NO
- f) Defibrillatore (per prevenire arresti cardiaci): SI  NO
- g) Altro.....

**16. PORTATE OCCHIALI DA VISTA /LENTI : SI  NO ..... Se la risposta è SI: é sofferente di :** miopia  astigmatismo  ipermetropia  presbiopia oppure... altro

**STILI DI VITA**

**17. FUMA SIGARETTE:** SI  NO  a volte  **FUMA LA PIPA /SIGARO** SI  NO  a volte

**18. VINO :** assunto regolarmente ai pasti SI  NO  RARAMENTE

**19. BIRRA:** assunto regolarmente ai pasti SI  NO  RARAMENTE

**20. ALCOOLICI –" five o'clock" - aperitivi ( ecc) -** SI  NO  RARAMENTE

**21. ASSUME UNA COLAZIONE CHE CONSISTE IN UN ALIMENTO ED UNA BEVANDA :**

SI  NO  RARAMENTE

a) **Maggiormente consumata in casa** - SI  NO  RARAMENTE

b) **Maggiormente consumata al BAR** - SI  NO  RARAMENTE

**22. I PASTI SONO:**

a) **Maggiormente consumati in casa** - SI  NO  RARAMENTE

b) **Maggiormente consumati al Ristorante o al bar-** SI  NO  RARAMENTE

c) **Mangia fuori solo il Sabato o la Domenica** - SI  NO  RARAMENTE

d) **L' assunzione dell' OLIO per uso condimento viene misurata a cucchiari?:**

SI  NO  RARAMENTE

e) **Usa il Vino (o altro liquore) per cucinare ?** ...SI  NO  RARAMENTE

f) **Usa aromi, erbe aromatiche e spezie per condire il Suo cibo riducendo il sale?**

...SI  NO  RARAMENTE

**23. PRATICA ATTIVITA' MOTORIA (sport):** SI  NO  RARAMENTE

**Se ha risposto SI** : risponda alle seguenti domande:

**da soli:** tutti i giorni  3 volte alla settimana  1 - 2 volte alla settimana  mai

**con un amico/a:** tutti i giorni  3 volte alla settimana  1-2 volte alla settimana  mai

**in palestra:** tutti i giorni  3 volte alla settimana  1 - 2 volte alla settimana  mai

**in gruppo organizzato/con un insegnante :** tutti i giorni  3 volte alla settimana   
1 - 2 volte alla settimana  mai

**A volte da soli e a volte in un gruppo:** tutti i giorni  3 volte alla settimana   
1 - 2 volte alla settimana  mai

### **TEMPO LIBERO**

**24. Coltiva regolarmente i suoi Hobby/ interessi:** SI  NO  RARAMENTE

a. **Gioca in una squadra amatoriale** SI  NO  RARAMENTE

b. **Svolge il ruolo di Nonno/a attivo** (accudisce i nipoti diverse ore al giorno, li porta e riporta dall'Asilo o Scuola ecc.) SI  NO  RARAMENTE

c. **Ha cura di un anziano /fragile/ malato cronico - che convive con LEI in casa**  
SI  NO  RARAMENTE

d. Frequenta corsi di pittura/canto/cucina /filosofia /storia/ letteratura SI  NO  RARAMENTE

e. **Ha un animale domestico da curare** SI  NO  RARAMENTE

**25. Aggiunga un osservazione, una nota, una proposta:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fine del questionario**, controlli per favore, che abbia risposto a tutte le 25 domande  
Restituisca, alla fine corso che sta frequentando

### **Grazie della disponibilità**

Continui, cortesemente, a frequentare i corsi INSALUTE e verrà richiamato periodicamente per rivedere le Sue risposte dopo l'acquisizione di informazioni utili alla gestione della Sua salute