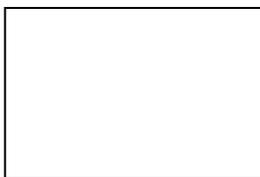


CODICE IDENTIFICATIVO (apporre etichetta)



DATA DI COMPILAZIONE ___/___/___

Gentili genitori,

nell'ambito della nostra indagine desideriamo porVi alcune domande per ottenere informazioni generali e su alcune abitudini di vita del Vostro/a bambino/a e del Vostro nucleo familiare.

Queste informazioni ci consentiranno di avere un quadro generale dell'ambiente di vita dei bambini che partecipano alla ricerca. Per tale motivo, Vi ringraziamo fin da ora per la Vostra preziosa collaborazione.

INFORMAZIONI SUL BAMBINO PARTECIPANTE

SESSO	DATA DI NASCITA	PESO CORPOREO	ALTEZZA	NAZIONALITÀ
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ Kg	_ _ _ cm	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro (Specificare): _____

Il bambino pranza abitualmente alla mensa scolastica?

Sì No

Il bambino assume regolarmente farmaco/i?

Sì No

Se Sì, indicare quale/i farmaco/i e per quale motivo _____

Il bambino segue una dieta particolare?

Sì No

Se Sì, indicare perché Allergia Intolleranza Sovrappeso Altro, Specificare _____

Pensando agli ultimi 12 mesi, rispondere alle seguenti 5 domande

1	Quante ore trascorre mediamente il bambino a casa e fuori casa ogni giorno? <i>(Il totale delle ore deve essere pari a 24. Se il tempo è inferiore a un'ora, indicare i minuti: 10 minuti, 15 minuti, etc)</i>				
	In luoghi chiusi <i>(Abitazione, scuola, case di parenti o amici, le ore in cui il bambino dorme)</i>				
	In luoghi aperti <i>(Anche l'eventuale giardino di casa)</i>				
	In auto				
	Su mezzi pubblici				
Totale ore					24
2	Il bambino pratica o ha praticato un'attività sportiva extrascolastica? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
	Se Sì, specificare:				
	Tipo/i di sport <i>(Se il bambino pratica più sport, indicarli uno per uno in ciascuna riga)</i>	Luogo <i>A = all'aperto C = al chiuso</i>	Numero di volte a settimana	Minuti per ogni volta	Per quanti mesi durante l'anno
3	Il bambino pratica o ha praticato altre attività extrascolastiche? <i>(Hobby, corsi di lingua straniera, catechismo, etc)</i>				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
Se Sì, indicare quale/i e con quale frequenza _____					
4	Che tipo di acqua beve abitualmente il bambino? Segnare anche più di una risposta				
	<input type="checkbox"/> Acqua di rubinetto <input type="checkbox"/> Acqua di rubinetto con caraffa filtrante <input type="checkbox"/> Acqua minerale in bottiglia <input type="checkbox"/> Acqua di rubinetto con apparecchio filtrante e gasatore <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____				
5	Quanti bicchieri di acqua beve mediamente il bambino ogni giorno?				
	<input type="checkbox"/> 1-3 bicchieri <input type="checkbox"/> 4-6 bicchieri <input type="checkbox"/> 7-9 bicchieri <input type="checkbox"/> 10 o più bicchieri				

Pensando alla giornata di raccolta del campione di urine, rispondere alle seguenti 7 domande

1	Quante ore ha trascorso il bambino a casa e fuori casa? <i>(Il totale delle ore deve essere pari a 24. Se il tempo è inferiore a un'ora, indicare i minuti: 10 minuti, 15 minuti, etc)</i>				
	In luoghi chiusi <i>(Abitazione, scuola, case di parenti o amici, le ore in cui il bambino dorme)</i>				
	In luoghi aperti <i>(Anche l'eventuale giardino di casa)</i>				
	In auto				
	Su mezzi pubblici				
Totale ore					24
2	Il bambino pratica o ha praticato un'attività sportiva extrascolastica? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
	Se Sì, specificare:				
	Tipo/i di sport <i>(Se il bambino pratica più sport, indicarli uno per uno in ciascuna riga)</i>	Luogo <i>A = all'aperto C = al chiuso</i>	Numero di volte a settimana	Minuti per ogni volta	Per quanti mesi durante l'anno
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C				
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C				
3	Il bambino ha praticato altre attività extrascolastiche? <i>(Hobby, corsi di lingua straniera, catechismo, etc)</i>				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
Se Sì, indicare quale/i _____					
4	Che tipo di acqua ha bevuto il bambino nell'arco della giornata? Segnare anche più di una risposta				
	<input type="checkbox"/> Acqua di rubinetto <input type="checkbox"/> Acqua di rubinetto con caraffa filtrante <input type="checkbox"/> Acqua minerale in bottiglia <input type="checkbox"/> Acqua di rubinetto con apparecchio filtrante e gasatore <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____				
5	Quanti bicchieri di acqua ha bevuto il bambino ?				
	<input type="checkbox"/> 1-3 bicchieri <input type="checkbox"/> 4-6 bicchieri <input type="checkbox"/> 7-9 bicchieri <input type="checkbox"/> 10 o più bicchieri				
6	Il bambino ha bevuto altre bevande nell'arco della giornata? <i>(Ad esempio un bicchiere di succo di frutta, coca-cola, aranciata, etc)</i>				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
Se Sì, indicare quale/i e la quantità _____					
7	Cosa ha mangiato il bambino nell'arco della giornata? <i>Indicare gli alimenti consumati dal bambino durante la giornata, la quantità e il tipo di pentola utilizzata per gli alimenti cucinati</i>				
	COLAZIONE <i>Ad esempio, tazza di latte, succo di frutta, fette biscottate, merendina, etc</i>	_____			
	MERENDA MATTUTINA <i>Ad esempio una merendina, una pizzezza, un panino, etc</i> <u>Se fatta a scuola, indicare solo scuola</u>	_____			
	PRANZO <i>Ad esempio, piatto di pasta, piatto di minestra, pesce, carne, uova, formaggi, verdura, frutta</i> <u>Se fatta a scuola, indicare solo scuola</u>	_____			
	MERENDA POMERIDIANA <i>Ad esempio una merendina, una pizzezza, un panino</i> <u>Se fatta a scuola, indicare solo scuola</u>	_____			
	CENA <i>Ad esempio, un piatto di pasta, un piatto di minestra, pesce, carne, uova, formaggi, verdura, frutta, dolce, etc</i>	_____			

INFORMAZIONI SUI GENITORI DEL BAMBINO

	Nazionalità	Titolo di Studio					Professione						
		Nessuno	Elementare	3° media	Diploma	Laurea	casalinga/o	operaia/o	impiegata/o	dirigente	libero professionista	pensionato	in cerca di occupazione
Madre	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/>											
Padre	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/>											

INFORMAZIONI SULL'ABITAZIONE IN CUI VIVE IL BAMBINO

Tipo di abitazione in cui vive il bambino

Casa indipendente
 Condominio
 Altro (Specificare _____)

Indicare anche:

Municipio di residenza _____

Principale tipologia di riscaldamento dell'abitazione _____

Altre forme di riscaldamento (*camini, stufe a gas, etc*) Sì No Se Sì, indicare quale/i _____

Piano dell'abitazione (*seminterrato, terra, 1°, etc*) _____

Superficie in m² |__|__|__|

Numero di persone che vivono nell'abitazione (*compreso il bambino*) |__|__|

Numero di fumatori che vivono nell'abitazione (*indicare 0 se nessuno fuma*) |__|__|

Nel caso in cui il bambino viva con uno o più fumatori, indicare anche:

Convivente fumatore del bambino (<i>indicare chi: madre, padre, sorella, fratello, nonni, etc</i>)	Numero di sigarette fumate, in media, ogni giorno <u>in totale</u>	Numero di sigarette fumate, in media, ogni giorno <u>in casa</u> (<i>indicare 0 se non fuma in casa</i>)	Numero di sigarette fumate, in media, ogni giorno <u>in casa in presenza del bambino</u> (<i>indicare 0 se non fuma in presenza del bambino</i>)
	__ __	__ __	__ __
	__ __	__ __	__ __
	__ __	__ __	__ __
	__ __	__ __	__ __
	__ __	__ __	__ __

IL QUESTIONARIO È TERMINATO, GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE