

**QUESTIONARIO ANONIMO- ENTRATA** (33 domande) Comune di: .....

**Per valutare il desiderata dei corsisti - il Consiglio Direttivo di I.N.S.A.L.U.T.E. ha bisogno della Sua collaborazione. La preghiamo perciò di rispondere alle domande che seguono. Viene garantito l'anonimato .**

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. Conosce il suo peso alla nascita ? .....SI  NO
5. Ricorda se è stato/a allattato al seno? .....SI  NO
6. Ricorda se ha avuto malattie di particolare gravità? .....SI  NO
7. Ricorda se ha avuto degli interventi chirurgici e quali? .....SI  NO   
\*\*\*\*\*se la risposta è SI, sa elencare in quale data (anno)?..... SI  NO
8. Ricorda se ha avuto dei ricoveri Ospedalieri e per quale motivo?..... SI  NO
9. Tiene in ordine gli accertamenti (esami del sangue, radiografie ..... ) effettuati in questi anni?  
.....SI  NO
10. Ricorda per quale motivo (malattia/e) sono deceduti i suoi genitori/altri familiari?  
.....SI  NO
- 

11. Conosce la sua ALTEZZA oggi e come si misura? ..... SI  NO
12. Conosce la sua ALTEZZA all'età di 20 anni ? ..... SI  NO
13. Conosce il suo PESO ? ..... SI  NO
14. Ricorda se è stato/a uno/a bimbo/a obeso/a? (Asilo, Scuole Elementari)..... SI  NO
15. Sa come misurarsi la Circonferenza Della Vita?..... SI  NO
16. Sa come misurarsi la Pressione Arteriosa? ..... SI  NO
17. Conosce quale dovrebbe essere la Pressione Arteriosa alla sua età ?..... SI  NO
18. Sa come misurarsi la febbre correttamente? ..... SI  NO
19. **Partecipa** ai test che l'Asl (S.S.N.) La invita ad effettuare:
- a) Pap Test (per le **donne**) : SI  NO  : ricorda l'ultimo effettuato?.....SI  NO
- b) Mammografia (per le **donne**): SI  NO : ricorda l'ultima effettuata? SI  NO
- c) Sangue occulto nelle feci? SI  NO  : ricorda l'ultimo effettuato? SI  NO
20. Conosce l'esame del sangue: PSA (antigeno prostatico specifico-per gli **uomini**) SI  NO

21. Conosce il valore del “calendario vaccinale” nelle diverse età? ..... SI  NO
22. Conosce l’importanza della Vaccinazione Antinfluenzale x persone fragili? ....SI  NO
23. Conosce il valore delle seguenti vaccinazioni es.:Papillomavirus x i giovanissimi, Herpes Zoster x i maturi - oggi facoltative , consigliate) ? ..... SI  NO
24. Conosce il significato della prevenzione: I° livello, II° livello e III° livello? SI  NO
25. Sa che l’attività motoria è il primo FARMACO consigliato? ..... SI  NO
26. Conosce il valore terapeutico dei Farmaci Naturali e Sintetici?.... SI  NO
27. Conosce la branca dell’OMEOPATIA e l’uso corretto consigliato? ..... SI  NO
28. Conosce l’attenzione che si deve avere nel custodire correttamente i farmaci?.. SI  NO
29. Scelga, fra gli APPARATI qui sotto elencati, **quelli che gradirebbe conoscere e/o**

**approfondire:** (barrare il pallino tondo all’inizio della riga)

<input type="radio"/> Apparato Bronco Polmonare	Asma, bronchite cronica, enfisema, ecc.
<input type="radio"/> Apparato Circolatorio	Alterata pressione arteriosa, infarti, ictus, vene varicose..
<input type="radio"/> Apparato Digerente	Gastrite, ulcere, epatite, colite, stitichezza, ecc..
<input type="radio"/> Apparato Endocrino	Diabete mellito, disfunzioni tiroidee, ecc.
<input type="radio"/> Apparato Muscolo Scheletrico	Osteoporosi, lombalgia, artrosi, malattie reumatiche, ecc.
<input type="radio"/> Apparato Nervoso	Cefalee, demenza senile, insonnia, depressione, ansia, ecc.
<input type="radio"/> Apparato Odontostomatologico	Carie, malattie parodontali: piorrea, lesioni delle mucose: afte..
<input type="radio"/> Apparato Uditivo	Problemi di riduzione di udito, ronzii
<input type="radio"/> Apparato Urogenitale	Iperprofia prostatica, calcolosi renale, incontinenza, ecc.
<input type="radio"/> Apparato Visivo	Miopia, astigmatismo, cataratta, glaucoma, ecc.
<input type="radio"/> Apparato Cutaneo	Norme igieniche, dermatite, cure unghie e capelli

30. Come giudica il livello qualitativo del corso che ha frequentato:  
Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente
31. Cosa ha apprezzato di più? (può scrivere una o più risposte)  
A. Gli argomenti trattati  B. Il livello di apprendimento   
C. L’efficacia della comunicazione ed il linguaggio usato   
D. La possibilità di comunicare con le altre persone
32. Esprima un voto sul corso appena terminato (da 0..... a 10): \_\_\_\_\_
33. Se vuole aggiungere **qualche nota/ suggerimento** per gli organizzatori scriva qui di seguito:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La ringraziamo** per il Suo contributo . *La invitiamo ad informare del corso a cui Lei ha partecipato il suo Medico di Famiglia (Medico di Medicina Generale). La aiuterà a mantenere ed incrementare i benefici acquisiti.* **Associazione INSALUTE** [www.insalute.info](http://www.insalute.info)

**Privacy:**

Con riferimento alla Legge 675/96 e successive modificazioni, **ACCONSENTE** al trattamento dei suoi dati personali da parte di codesta Associazione per le informazioni sui corsi e altre iniziative e per adempimenti di legge, come riportato di seguito **INFORMATIVA DI CUI ALL’ART.10 DELLA LEGGE N.675 DEL 31/12/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI** . La sottoscritta **INSALUTE**, associazione di promozione sociale, con sede legale e amministrativa in viale Costa 62 Imola (c/o Dott. Cicchetti), ai sensi e per gli effetti dell’art.10 della legge 675/96 e successive modificazioni, raccoglie e tratta dati personali al fine di ottemperare agli adempimenti di legge. La scrivente associazione fa presente che: Il trattamento dei dati personali richiesti viene effettuato con strumenti idonei a garantire la riservatezza; I dati forniti saranno utilizzati unicamente per gli adempimenti di legge ; Il conferente dei dati può far valere i propri diritti previsti dall’art.13 della legge 675/96 e successive modificazioni