



QUESTIONARIO

Fade vi propone il seguente questionario improntandolo su semplici domande riguardanti gli stili di vita e le abitudini personali. E' un formulario indirizzato a tutti, che ci permetterà, attraverso la valutazione di un esperto medico di suggerire un percorso di informazione sulla vostra salute. Vi preghiamo, una volta letta la nota importante, di inviare il questionario, qualora lo vogliate a:

Fondazione FADE Epatologia, Via A. Albricci, 9 - 20122 Milano (via posta),
info@assofade.org (via e-mail) oppure allo 02.86996287 (via fax).

Nota importante

Il presente questionario è stato redatto con l'unico scopo di raccogliere delle informazioni relative all'eventuale rischio di aterosclerosi, per poter orientare il percorso clinico-diagnostico di un Check-Up cardiovascolare e non è in alcun modo sostitutivo della visita medica con il proprio Medico di fiducia.

La risposta alle domande proposte deve essere comunque e in ogni caso valutata dal Medico, onde non ingenerare una eventuale falsa sicurezza e/o preoccupazione per la propria salute.

Nel caso sia interessato a sottoporre il questionario alla valutazione di uno Specialista della FADE per ricevere consigli per l'esecuzione di un Check-Up personalizzato la invitiamo, prima di indicare il suo nome e cognome, unitamente ad un suo recapito, a prendere visione del materiale informativo relativamente agli adempimenti di legge sulla tutela della Privacy e della riservatezza e inerente il consenso al trattamento dei dati, nonché a sottoscrivere l'autorizzazione specifica firmando, in calce, la "Dichiarazione di Consenso al Trattamento dei Dati" nel modulo seguente.

La preghiamo di indicare almeno un suo recapito per poterla eventualmente ricontattare. In questo caso deve firmare il modulo dell'ultima pagina concernente la "Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati".

Nome.....Cognome.....
Indirizzo.....
Tel.....FAX.....
Email.....

Questionario per rischio Patologie Cardiovascolari DONNA

Dati anagrafici e somatici

- Qual è la sua età?
 18-35 anni 36 - 50 anni 51 - 60 anni 61 anni o più
- Quanto è alta? (in metri)
- Quanto pesa? (in Kg)
- Qual è la sua circonferenza addominale? più di 88 cm meno di 88 cm

Dieta

- Mangia più di:
 - 50 gr di pane bianco al giorno? sì no
 - 50 gr di pasta bianca o riso bianco al giorno? sì no
 - 50 gr di patate al giorno? sì no
- Mangia spesso riso scuro, pasta integrale, pane integrale? sì no
- Mangia pesce più di due volte alla settimana? sì no
- Mangia giornalmente frutta e verdura? sì no
- Mangia tutti i giorni burro, lardo o altri grassi animali? sì no
- Condisce soprattutto con olio? sì no
- Beve 1 bicchiere di latte o 1 yogurt o mangia 50 gr di formaggio?
 raramente 2-3 volte alla settimana ogni giorno

Sigarette

- Quanto fuma o fumava:
 meno di 5 sigarette al giorno più di 5 sigarette, ma meno di 1 pacchetto al giorno
 un pacchetto o più al giorno
- Se fuma, da quanto tempo?
 meno di 2 anni tra 2 e 10 anni tra 11 e 20 più di 20 anni
- Se ha smesso di fumare quando l'ha fatto?
 Meno di 2 anni fa tra 2 e 10 anni fa tra 11 e 20 anni fa più di 20 anni fa
- E' esposta al fumo passivo? Quasi mai occasionalmente regolarmente

Attività fisica e stile di vita

- Trova il tempo per fare una pausa o rilassarsi?
 sì, regolarmente sì, ma raramente no, non ho tempo
- Cammina a passo spedito per almeno 30 minuti al giorno (nella maggior parte dei giorni) o almeno 3 ore alla settimana? sì no
- Con che frequenza pratica dello sport? quasi ogni giorno più volte la settimana
 circa una volta la settimana non più di tre volte al mese raramente o mai

Familiarità

Qualcuno dei suoi stretti familiari (genitori, nonni, fratelli) hanno o hanno avuto:

- il diabete? sì no non so
- attacchi cardiaci? sì no non so
- un ictus? sì no non so

Storia fisiologica personale:

- E' in menopausa? sì no
- Se sì, quando è iniziata? prima dei 55 anni dopo i 55 anni
- Per quanto tempo ha assunto ormoni dopo la menopausa?
 mai per meno di 10 anni per più di 10 anni

Diabete:

- E' affetta da diabete? sì no
- Le è mai stato riscontrato un aumento dello zucchero nel sangue? sì no

Cuore e vasi:

- Ha avuto un attacco cardiaco o le è stato detto che ha una malattia delle coronariche?
 sì no
- Ha sofferto di ictus? sì no
- Ha la pressione alta? sì no non so
- Le è stato detto che aveva la pressione alta? sì no
- E' in cura per la pressione alta? sì no
- Ha o ha avuto il colesterolo elevato? sì no non so
- Prende medicine per il colesterolo elevato? sì no
- Qual è il suo valore di colesterolo? 159 mg % o più basso 160-199 mg %
 200-239 mg % 240-279 mg % 280 mg % o più non so
- Qual è il suo valore di colesterolo HDL? meno di 40 mg % 40-60 mg %
 più di 60 mg % non so

Fegato:

- Ha mai fatto un'ecografia al fegato sì no
- Se sì è stato riscontrato un fegato grasso (steatosi epatica?) sì no non so

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI D.Lgs. n°196/2003- "Codice Privacy"

Il Sottoscritto, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. D), nonché art. 26 del D.Lgs. 196/2003, vale a dire i dati "**...i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute...**":

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa
- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa
- presta il suo consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa

Firma leggibile



QUESTIONARIO

Fade vi propone il seguente questionario improntandolo su semplici domande riguardanti gli stili di vita e le abitudini personali. E' un formulario indirizzato a tutti, che ci permetterà, attraverso la valutazione di un esperto medico, di suggerire un percorso di informazione sulla vostra salute. Vi preghiamo, una volta letta la nota importante, di inviare il questionario, qualora lo vogliate a:

Fondazione FADE Epatologia, Via A.Albricci, 9 - 20122 Milano (via posta),
info@assofade.org (via e-mail) oppure allo 02.86996287 (via fax).

Nota importante

Il presente questionario è stato redatto con l'unico scopo di raccogliere delle informazioni relative all'eventuale rischio di aterosclerosi, per poter orientare il percorso clinico-diagnostico di un Check-Up cardiovascolare e non è in alcun modo sostitutivo della visita medica con il proprio Medico di fiducia.

La risposta alle domande proposte deve essere comunque e in ogni caso valutata dal Medico, onde non ingenerare una eventuale falsa sicurezza e/o preoccupazione per la propria salute.

Nel caso sia interessato a sottoporre il questionario alla valutazione di uno Specialista della FADE per ricevere consigli per l'esecuzione di un Check-Up personalizzato la invitiamo, prima di indicare il suo nome e cognome, unitamente ad un suo recapito, a prendere visione del materiale informativo relativamente agli adempimenti di legge sulla tutela della Privacy e della riservatezza e inerente il consenso al trattamento dei dati, nonché a sottoscriverne l'autorizzazione specifica firmando, in calce, la "Dichiarazione di Consenso al Trattamento dei Dati" nel modulo seguente.

La preghiamo di indicare almeno un suo recapito per poterla eventualmente ricontattare. In questo caso deve firmare il modulo dell'ultima pagina concernente la "Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati".

Nome.....	Cognome.....
Indirizzo.....	
Tel.....	FAX.....
Email.....	

Questionario per rischio Patologie Cardiovascolari UOMO

Dati anagrafici e somatici

- Qual è la sua età?
 18-35 anni 36 - 50 anni 51 - 60 anni 61 anni o più
- Quanto è alto? (in metri)
- Quanto pesa? (in Kg)
- Qual è la sua circonferenza addominale? più di 100 cm meno di 100 cm

Dieta

- Mangia più di:
 - 50 gr di pane bianco al giorno? sì no
 - 50 gr di pasta bianca o riso bianco al giorno? sì no
 - 50 gr di patate al giorno? sì no
- Mangia spesso riso scuro, pasta integrale, pane integrale? sì no
- Mangia pesce più di due volte alla settimana? sì no
- Mangia giornalmente frutta e verdura? sì no
- Mangia tutti i giorni burro, lardo o altri grassi animali? sì no
- Condisce soprattutto con olio? sì no
- Beve 1 bicchiere di latte o 1 yogurt o mangia 50 gr di formaggio?
 raramente 2-3 volte alla settimana ogni giorno

Sigarette

- Fuma? sì Fumavo, ma ho smesso mai
- Se fuma o fumava: meno di 5 sigarette al giorno più di 5 sigarette, ma meno di 1 pacchetto al giorno 1 pacchetto e più al giorno
- Se fuma, da quanto tempo?
 meno di 2 anni tra 2 e 10 anni tra 11 e 20 più di 20 anni
- Se ha smesso di fumare quando l'ha fatto?
 Meno di 2 anni fa tra 2 e 10 anni fa tra 11 e 20 anni fa più di 20 anni fa
- Ha fumato 1 o più sigari al giorno negli ultimi anni? sì no
- Ha fumato la pipa ogni giorno negli ultimi anni? sì no
- E' esposto al fumo passivo? quasi mai occasionalmente regolarmente

Attività fisica e stile di vita

- Trova il tempo per fare una pausa o rilassarsi?
 sì, regolarmente sì, ma raramente no, non ho tempo
- Cammina a passo spedito per almeno 30 minuti al giorno (nella maggior parte dei giorni) o almeno 3 ore alla settimana? sì no
- Con che frequenza pratica dello sport? quasi ogni giorno più volte alla settimana
 circa una volta alla settimana non più di tre volte al mese raramente o mai

Familiarità

- Qualcuno dei suoi stretti familiari (genitori, nonni, fratelli) hanno o hanno avuto:
 - il diabete? sì no non so
 - attacchi cardiaci? sì no non so
 - un ictus? sì no non so

Diabete:

- E' affetto da diabete? sì no
- Le è mai stato riscontrato un aumento dello zucchero nel sangue? sì no

Cuore e vasi:

- Ha avuto un attacco cardiaco o le è stato detto che ha una malattia delle coronarie?
 sì no
- Ha sofferto di un ictus? sì no
- Ha la pressione alta? sì no non so
- Le è stato detto che aveva la pressione alta? sì no
- E' in cura per la pressione alta? sì no
- Ha o ha avuto il colesterolo elevato? sì no non so
- Prende medicine per il colesterolo elevato? sì no
- Qual è il suo valore di colesterolo? 159mg% o più basso 160-199mg%
 200-239mg% 240-279mg% 280 o più non so
- Qual è il suo valore di colesterolo HDL?
 meno di 40mg% 0-60mg% più di 60mg% non so

Fegato:

- Ha mai fatto un'ecografia al fegato? sì no
- Se sì, è stato riscontrato un fegato grasso (steatosi epatica?) sì no non so

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

D.Lgs. n°196/2003 - "Codice Privacy"

Il Sottoscritto, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. D, nonché art. 26 del D.Lgs. 196/2003, vale a dire i dati **"...i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute..."**:

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa
- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa
- presta il suo consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa

Firma leggibile