

PREVENZIONE MALATTIE ALLERGICHE RESPIRATORIE

SCOPRI SE SEI ALLERGICO

QUESTIONARIO

CODICE

Cognome _____ Nome _____	DATA DI NASCITA _____
ETA' <input type="text"/> <input type="text"/>	SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PROFESSIONE _____	RESIDENZA _____



Progetto 2. 7.1 – P R P 2010 - 2012 Regione Calabria

A cura di:

Dott.a Maria A. Soccio - Referente Gruppo di lavoro. Progetto 2.7.1 PRP 2010 -12 Regione Calabria
Dirigente Medico S.I.S.P. di Lamezia Terme - ASP di CZ
Dott.a Gilda Longo - Resp..le Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Lamezia Terme - ASP di CZ
Dott.a Laura Pontoriero - U.O Materno Infantile di Lamezia Terme – ASP di CZ

Informativa Legge sulla Privacy ai sensi del Dlgs 196/03.

I dati personali raccolti mediante il presente questionario, sono trattati dall'Ente Regione Calabria – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie e dai Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.PP. Territoriali.

Sono conservati su supporto cartaceo o informatico. L'interessato ha il diritto di avere conferma della conservazione dei dati che lo riguardano, ad aggiornarli e per motivi legittimi a cancellarli o opporsi anche parzialmente al loro trattamento.

Titolare dei dati: A.S.P. di Catanzaro –Regione Calabria

Il sottoscritto/a _____ dichiara di essere stato/a informato/a dei diritti previsti agli artt 7, 9 e 10 del Dlgs 196 / 03

Firma dell'interessato per l'informativa ricevuta ai sensi del Dlgs 196/03 _____
Luogo _____ Data _____

Espressione del consenso ai sensi del Dlgs 196/03

Il sottoscritto/a _____ ricevuta l'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art 23 del Dlgs 196/03 , esprime il proprio consenso non esprime il proprio consenso
al trattamento dei dati che lo riguardano esclusivamente per finalità correlate alla presente indagine conoscitiva.

Firma dell'interessato/a per il consenso/dissenso al trattamento dei dati _____
Luogo _____ Data _____

Questionario - Progetto 2.7.1 – P R P 2010 - 2012 Regione Calabria

Di quante persone è composto il suo nucleo familiare?	N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Quanti bambini sono presenti nel nucleo familiare?	N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dove si trova l'abitazione principale della famiglia?	Area Urbana <input type="checkbox"/> Area extra urbana <input type="checkbox"/> zona rurale <input type="checkbox"/> collina <input type="checkbox"/> montagna <input type="checkbox"/>
L'abitazione dispone di uno spazio verde esterno?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
In casa vivono animali domestici? Se sì, specificare	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> _____
Ci sono fumatori tra i membri della famiglia? Se sì, quanti di loro fumano in casa?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n° <input type="text"/>
Fumi?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se, sì quante sigarette al giorno?	≤ 5 <input type="checkbox"/> ≥10 <input type="checkbox"/> ≥ 20 <input type="checkbox"/> Da quanto tempo fumi?
Pratichi attività sportiva? Se sì, indica quante ore alla settimana	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ore <input type="text"/> <input type="text"/>
Consideri il tuo peso corporeo normale? Se no, specifica in quale range rientri	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sovrappeso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Sottopeso <input type="checkbox"/>
Hai qualche conoscenza sulla problematica delle malattie allergiche ?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Qualche familiare è affetto da malattia allergica? Se sì,specificare.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Congiuntivite <input type="checkbox"/> Rinite <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Dermatite <input type="checkbox"/> Allergia alimentare <input type="checkbox"/> Altro , specificare _____
Sai dire se si tratta di un'allergia stagionale o perenne?	Allergia stagionale <input type="checkbox"/> Allergia perenne <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>

TEST DI AUTOVALUTAZIONE

DOMANDE	Mai	Di rado	A volte	Spesso	Sempre
Ti capita di avere almeno 1 di questi sintomi: scolo nasale, ostruzione nasale, prurito nasale o cutaneo, starnuti?	0	1	2	3	4
Ti succede di respirare affannosamente nel venire a contatto con polveri, pollini muffe, odori intensi?	0	1	2	3	4
Hai mai avuto problemi di dermatite o di orticaria?	0	1	2	3	4
Hai parenti allergici?	no 0	uno 1	due 2	tre 3	≥ 3 4
Ti è mai capitato di avere gonfiore delle mucose e/o difficoltà respiratoria dopo l'assunzione di un particolare alimento?	0	1	2	3	4
TOTALE					

Nota per la compilazione: Per ciascuna delle 5 domande, cerchiare il numero indicato nelle colonne a destra che meglio rispecchia la propria condizione. Totalizzare il punteggio e utilizzare la legenda sotto indicata per la valutazione del rischio

RISULTATO : _____

Punteggio da 0 a 5 = scarsissimo rischio
Punteggio da 5 a 10 = rischio moderato
Punteggio da 11 a 15 = rischio elevato
Punteggio da 16 a 20 = rischio molto elevato

Per approfondire eventuale dubbio di sospetta allergia puoi rivolgerti all'ambulatorio allergologico più vicino alla tua sede. Per ulteriori informazioni potrai rivolgerti a:

“Sportello informativo per la Prevenzione delle Malattie Allergiche” della tua ASP:

Indirizzo: Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

via Sottotenente Notaro (ex ospedale vecchio) – Lamezia Terme (CZ)

Tel : 0968 / 208324 -355 - 304 - 208341

ORARIO: Lunedì dalle ore 17.00 alle ore 18.00

Giovedì dalle ore 9.00 alle ore 10.00