

# QUESTIONARIO SIEROPREVALENZA NAZIONALE

## DATI ANAGRAFICI (precompilati sulla base delle informazioni trasmesse da ISTAT per il campione)

1. Cognome: \_\_\_\_\_ | Nome: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F                      Data di nascita: \_\_\_\_\_

Comune/Nazione di Nascita: \_\_\_\_\_ | Prov \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ (non verrà mostrato in chiaro in piattaforma)

## RESIDENZA

Nazione: \_\_\_\_\_ | Comune: \_\_\_\_\_ | Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ | Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Altri Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

**Domicilio (se diversa dalla residenza)**

Nazione: \_\_\_\_\_ | Comune: \_\_\_\_\_ | Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SULLO STATO LAVORATIVO

**1. Nell'ultima settimana ha svolto una o più ore di lavoro retribuito o presso l'azienda di un familiare?**

Sì  No

Se No a domanda 1

**1.1 Ha un lavoro da cui ricava un guadagno?**

- |                                 |                             |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Sì                           | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. No, sto cercando lavoro      | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. No, sono casalinga           | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. No, sono studente            | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. No, sono ritirato dal lavoro | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. No, sono in altra condizione | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**Se SI a Domanda 1 nell'ultima settimana per quale motivo non ha svolto ore di lavoro?**

1. Ero in cassa integrazione	_____
2. Ero in ferie	_____
3. Ero in malattia	_____
4. Ero in quarantena	_____
5. Attività bloccata/sospesa per epidemia	_____
6. Per ridotta attività, scarsità di richieste	_____
7. Altro motivo	_____ (specificare _____)

**Se SI a dom.1, Se ha un lavoro, indichi la posizione nella professione**

1. Dirigente
2. Quadro, impiegato
3. Capo operaio, operaio subalterno e assimilati, apprendista, lavorante a domicilio per conto d'impresa
4. Imprenditore
5. Libero professionista
6. Lavoratore in proprio (senza dipendenti), coadiuvante familiare

- 7. Coadiuvante familiare/ Socio cooperativa
- 8. Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto), prestazione d'opera occasionale

**A partire dal 1 febbraio 2020 ha viaggiato in un paese estero?**

Si  No , se sì dove \_\_\_\_\_

**A partire dal 1 febbraio 2020, è stato a contatto con una persona affetta da COVID-19/SARS-CoV-2?**

Si negli ultimi 14 giorni , Prima degli ultimi 14 gironi No  Non noto

La persona con cui è entrato in contatto era:

- un familiare convivente
- un familiare non convivente
- un collega di lavoro
- altra persona occasionale

### INFORMAZIONI SULLO STATO DI GRAVIDANZA (solo per le donne)

In stato di gravidanza? Sì  No  Non noto  se Sì, mese di gestazione:

### INFORMAZIONI SULLO STATO VACCINALE

E stato vaccinato per influenza nella corrente stagione (ottobre 2019-gennaio 2020)?: Sì  No  Non noto

### INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

**Ha ricevuto una diagnosi di COVID 2019:**

Si  No , se sì quando:

**A partire dal 1 febbraio 2020, ha avuto uno dei seguenti sintomi, se sì quando?**

Segni e sintomi rilevanti	Sintomo negli ultimi 14 giorni	Prima degli ultimi 14 gironi
Dolori ossei/muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senso di stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori Addominali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita/alterazione del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita/alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome di tipo influenzale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	_____	<input type="text"/>

Presenza di patologie croniche:				Sì  __	No  __	Non noto  __	se sì quali?			
Tumore	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>				Malattie renali	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>
Diabete	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>				Malattie autoimmuni Lupus artrite reumatoide malattie croniche intestinali, sclerosi a placche	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>
Malattie cardiovascolari	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>				Ipertensione			
Deficit immunitari	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>				Malattie del sangue	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>
Malattie respiratorie croniche	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>				Malattie neurologiche (Parkinson, Alzheimer)	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>
Rinite allergica	<u>Sì</u>	<u>No</u>	<u>Non noto</u>							
<b>Nell'ultimo mese ha ricevuto terapie con farmaci antitumorali?</b>								<u>Sì</u>	<u>No</u>	

Lei fuma?

1. Sì
2. No, ma fumavo in passato
3. No, non ho mai fumato

Quanto pesa?

Chilogrammi |\_\_|\_\_|\_\_|

Quanto è alto?

Centimetri |\_\_|\_\_|\_\_|

#### OPERATORE CHE SOMMINISTRA IL QUESTIONARIO

L'operatore che registra le risposte al questionario verrà identificato dalla piattaforma attraverso l'utenza con la quale accede.

#### DATI DI LABORATORIO (trasmessi alla piattaforma dal laboratorio)

Laboratorio esecuzione del test: |\_\_\_\_\_|

Data esecuzione del test: |\_\_\_\_\_|

Valore IgG: |\_\_\_\_\_|

Esito test: |\_\_POSITIVO\_\_| |\_\_NEGATIVO\_\_|