

**QUESTIONARIO RACCOLTA INFORMAZIONI**

Progetto: "Attività di ricerca al fine di migliorare le attività di prevenzione della Regione Veneto"
(Deliberazione Giunta Regionale del Veneto n. 1643/2020)

ID



Le informazioni verranno utilizzate esclusivamente in forma aggregata e con finalità di ricerca

Nome e cognome		Sesso: <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina		
Data di nascita / /	Provincia di residenza/domicilio abituale	<input type="checkbox"/> VENEZIA <input type="checkbox"/> PADOVA <input type="checkbox"/> ROVIGO	<input type="checkbox"/> VERONA <input type="checkbox"/> BELLUNO <input type="checkbox"/> ALTRA	<input type="checkbox"/> VICENZA <input type="checkbox"/> TREVISO
Codice fiscale	Email	telefono		
Partecipo in qualità di: <input type="checkbox"/> dipendente comune <input type="checkbox"/> CRI <input type="checkbox"/> GdF <input type="checkbox"/> collaboratore grande distribuzione <input type="checkbox"/> altro (indicare)				
Oppure <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> compagno/a <input type="checkbox"/> altro (indicare _____)		Indicare il nome e cognome della persona di riferimento invitata al progetto		
Indica le Regione dove hai soggiornato nell'ultima settimana <input type="checkbox"/> VENETO <input type="checkbox"/> Altra regione (indicare)		Quante sono le persone che vivono con te <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> >5		
Istruzione	<input type="checkbox"/> primaria (elementari) <input type="checkbox"/> secondaria primo grado (medie)	<input type="checkbox"/> secondaria secondo grado (superiori) <input type="checkbox"/> superiore (università)		
Occupazione	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> pensionato	<input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> altro (specificare)	<input type="checkbox"/> casalinga <input type="checkbox"/> docente	
Nell'ambito della tua occupazione, quante persone (al di fuori del tuo nucleo familiare) incontri mediamente in una giornata?		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> una <input type="checkbox"/> tra 2 e 5 <input type="checkbox"/> tra 6 e 10 <input type="checkbox"/> più di 10		
Prendi farmaci o ti è stata diagnosticata una patologia cronica				
<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si indica quale	<input type="checkbox"/> malattie del cuore <input type="checkbox"/> malattie respiratorie <input type="checkbox"/> allergie	<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> tumore <input type="checkbox"/> malattie renali	<input type="checkbox"/> pressione alta <input type="checkbox"/> deficit immunitari
Hai avuto uno dei seguenti sintomi	oggi	Settimana scorsa	8-14 giorni fa	
Nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Febbre (> 37°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolore muscolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Non sento bene gli odori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Non sento bene i sapori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha mai eseguito un tampone? <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Negli ultimi 14 giorni <input type="checkbox"/> più di 14 giorni fa				
Motivazione ultimo tampone <input type="checkbox"/> sintomi <input type="checkbox"/> contatto con sospetto e/o positivo <input type="checkbox"/> screening				
Sei mai stato in isolamento fiduciario/quarantena (se non ricordi le date inserire il mese)		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	dal _____ al _____
Sei mai stato positivo al Covid (se non ricordi le date inserire il mese)		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	dal _____ al _____
Al giorno, con quale frequenza esci di casa?		<input type="checkbox"/> non esco più <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana <input type="checkbox"/> una volta a settimana <input type="checkbox"/> 2-6 volte a settimana <input type="checkbox"/> una volta al giorno <input type="checkbox"/> più volte al giorno		
Ti vaccineresti contro il Covid?		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> non so
Ti sei vaccinato contro l'influenza quest'anno?		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Esito tampone (a cura del laboratorio)	ID Pool	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	