

PRESENTAZIONE E GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Questo questionario ha l'obiettivo di raccogliere alcuni dati riguardanti il Suo stile di vita: abitudini alimentari, attività fisica svolta, utilizzo di farmaci e di sostanze quali l'alcol e il fumo, attraverso delle semplici domande che ripercorrono i momenti salienti della Sua giornata. La finalità è di renderla partecipe al Progetto di Formazione in Azienda su Alimentazione e Prevenzione: questi dati saranno raccolti e discussi in forma aggregata durante il prossimo incontro che verterà specificatamente su alimentazione e prevenzione nel caso specifico di alcune principali patologie del nostro secolo.

Lei dovrà solamente barrare con una X una o più caselle di risposta, a seconda dei casi, per indicare la Sua preferenza. Le ricordo inoltre che non esistono risposte giuste o sbagliate, e che i quesiti sono posti esclusivamente a scopo di conoscenza scientifica.

Per avere delle informazioni riguardo la compilazione del questionario può contattarmi al seguente indirizzo mail: nutrizionista.amato@gmail.com.

Informativa

I dati raccolti verranno trattati e conservati su archivi cartacei ed elettronici nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge e utilizzati esclusivamente per le finalità insite nell'attività di Formazione in Azienda su Alimentazione e Prevenzione. Le informazioni fornite verranno utilizzate esclusivamente ai fini di ricerca e non verranno diffuse all'esterno dell'Azienda se non in forma aggregata. Il trattamento dei dati si svolgerà con modalità atte a garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni momento ha la facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 8 del D. Lgs 196/2003 ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEGLI STILI DI VITA

1) Sesso

Maschio ☐

Femmina ☐

2) Anno di nascita

3) Titolo di studio

Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea ☐

Laurea / Diploma universitario ☐

Diploma scuola media superiore ☐

Licenza scuola media inferiore ☐

Licenza elementare ☐

4) Professione

Direttivo, quadro ☐

Impiegato, intermedio ☐

Capo operaio, operaio subalterno ed assimilati ☐

Apprendista ☐

Altro (specificare.....)

5) Peso *(solo una risposta)*

Rilevato senza vestitikg

Rilevato con i vestiti.....kg

6) Altezzacm

7) Quanto misura la sua circonferenza vita?

(misurata senza vestiti con un metro da sarta a livello dell'ombelico senza trattenere il respiro).....cm

8) Dove fa colazione?

- A casa ☐
- Al bar ☐
- Al lavoro ☐
- Non faccio colazione ☐

8.a) Se fa colazione cosa consuma più frequentemente?

(possibile dare più di una risposta)

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Caffè | <input type="checkbox"/> | Cornetto | <input type="checkbox"/> |
| Latte | <input type="checkbox"/> | Biscotti | <input type="checkbox"/> |
| Cappuccino | <input type="checkbox"/> | Cereali | <input type="checkbox"/> |
| Tè | <input type="checkbox"/> | Fette biscottate | <input type="checkbox"/> |
| Succo di frutta | <input type="checkbox"/> | Pane | <input type="checkbox"/> |
| Yogurt | <input type="checkbox"/> | Altro (specificare.....) | |

9) Quanto dista la sua abitazione dalla sua sede lavorativa?

- Meno di 5 Km ☐
- Tra 5 Km e i 15 Km ☐
- Più di 15 Km ☐
- Altro (specificare.....)

10) Quale mezzo utilizza per recarsi al lavoro?

(possibile dare più di una risposta)

- Non uso nessun mezzo vado a piedi ☐
- Bicicletta ☐
- Moto, motorino o scooter ☐
- Auto ☐
- Mezzo pubblico (autobus, metropolitana, treno) ☐
- Altro (specificare.....)

10.a) Se utilizza solo il mezzo pubblico (autobus, treno, metropolitana) per recarsi al lavoro, quanto dista la fermata dalla sua abitazione?

- Meno di 100 metri ☐
- Da 100 a 500 metri ☐
- Più di 500 metri ☐

11) Come definirebbe il suo lavoro?

- Sedentario ☐
- Richiedente lieve-moderata attività fisica ☐
- Richiedente vigorosa attività fisica ☐

12) Utilizza il computer al lavoro?

- Sì ☐
- No ☐

12.a) Se sì, per quante ore al giorno?

- 1-2 ore ☐
- 3-5 ore ☐
- più di 5 ore ☐

13) Torna a casa per il pranzo?

- Sì ☐
- No ☐

14) Durante il pranzo solitamente assume più frequentemente?

(possibile dare più di una risposta)

- | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Un primo | <input type="checkbox"/> | Panino imbottito/tramezzino | <input type="checkbox"/> |
| Un secondo | <input type="checkbox"/> | Pizza/piadina/focaccia | <input type="checkbox"/> |
| Un contorno | <input type="checkbox"/> | Acqua | <input type="checkbox"/> |
| Pane | <input type="checkbox"/> | Vino | <input type="checkbox"/> |
| Dolce | <input type="checkbox"/> | Birra | <input type="checkbox"/> |
| Frutta | <input type="checkbox"/> | Caffè | <input type="checkbox"/> |
| Niente | <input type="checkbox"/> | Altro (specificare.....) | |

15) Lei fuma?

Sì ☐

No ☐

15.a) Se sì quante sigarette al giorno fuma?

Meno di 5 sigarette al giorno ☐

Da 5 a 9 sigarette al giorno ☐

Da 10 a 14 sigarette al giorno ☐

Da 15 a 19 sigarette al giorno ☐

Da 20 a 24 sigarette al giorno ☐

25 sigarette al giorno o più ☐

15.b) Se sì, ha mai cercato di smettere di fumare?

Sì ☐

No ☐

16) Pratica regolarmente attività fisica?

Sì ☐

No ☐

16.a) Se sì, che tipo di attività fisica svolge?

(possibile dare più di una risposta)

Corsa ☐

Passeggiate all'aria aperta ☐

Calcio o calcetto ☐

Palestra ☐

Piscina ☐

Bicicletta ☐

Altro (specificare.....)

16.b) Se pratica attività fisica, quanti giorni a settimana?

Tutti i giorni della settimana ☐

Alcuni giorni (*indicare il numero*) ☐

Solo il fine settimana ☐

16.c) Se svolge attività fisica, ogni volta che la fa per quanto tempo la pratica?

- Meno di un' ora ☐
1 ora ☐
2 ore ☐
più di 2 ore ☐

17) Solitamente quando deve fare degli acquisti quale mezzo utilizza?

	Spesa	Shopping
Mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moto, motorino o scooter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicletta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vado a piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare.....)		

18) Calcolando tutti i suoi spostamenti a piedi, per quanto tempo ritiene di camminare al giorno?

- Meno di 30 minuti ☐
Dai 30 ai 60 minuti ☐
Più di 60 minuti ☐

19) Secondo lei fa abbastanza movimento durante il giorno?

- Sì ☐
No ☐

20) Il pomeriggio fa uno spuntino?

- Sì ☐
No ☐

20.a) Se sì, che cosa prende?

(possibile dare più di una risposta)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Tè | <input type="checkbox"/> | Pizza | <input type="checkbox"/> |
| Cappuccino | <input type="checkbox"/> | Panino imbottito/tramezzino | <input type="checkbox"/> |
| Succo di frutta | <input type="checkbox"/> | Dolce | <input type="checkbox"/> |
| Yogurt | <input type="checkbox"/> | Frutta | <input type="checkbox"/> |
| Altro (specificare.....) | | | |

21) Generalmente a che ora cena?

22) Durante la cena solitamente assume?

(possibile dare più di una risposta)

Un primo	<input type="checkbox"/>	Panino imbottito/tramezzino	<input type="checkbox"/>
Un secondo	<input type="checkbox"/>	Pizza/piadina/focaccia	<input type="checkbox"/>
Un contorno	<input type="checkbox"/>	Acqua	<input type="checkbox"/>
Pane	<input type="checkbox"/>	Vino	<input type="checkbox"/>
Dolce	<input type="checkbox"/>	Birra	<input type="checkbox"/>
Frutta	<input type="checkbox"/>	Caffè	<input type="checkbox"/>
Niente	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare.....)	

23) Lei normalmente beve acqua...

Proveniente dal rubinetto ☐
Imbottigliata ☐

24) Quanti litri di acqua beve al giorno?

Mezzo litro ☐
1 litro ☐
1,5 litri ☐
2 o più litri ☐

25) Assume bevande alcoliche?

Sì ☐
No ☐

25.a) Se sì, tutti i giorni della settimana?

Sì ☐
No ☐

25.b) Se assume bevande alcoliche, quali delle seguenti assume durante la giornata (pranzo + cena)?

(possibile dare più di una risposta)

Nessuna bevanda alcolica ☐

Birra	Vino	Superalcolico	Cocktail alcolico
<i>bottiglia 33 cl</i>	<i>bicchiere 125 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>
1 <input type="checkbox"/>	2 (1/4 di litro) <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	4 (1/2 litro) <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	8 (1 litro) <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 8 (più di un litro) <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>

25.c) Se assume bevande alcoliche, il sabato sera, quali delle seguenti beve e in che quantità?

(possibile dare più di una risposta)

Nessuna bevanda alcolica ☐

Birra	Vino	Superalcolico	Cocktail alcolico
<i>bottiglia 33 cl</i>	<i>bicchiere 125 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>
1 <input type="checkbox"/>	2 (1/4 di litro) <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	4 (1/2 litro) <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	8 (1 litro) <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 8 (più di un litro) <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>

26) Prima di cena prende un aperitivo?

Sì ☐

No ☐

Qualche volta ☐

26.a) Se prende un aperitivo, quali tra le seguenti bevande consuma?

Birra ☐

Vino ☐

Bevanda analcolica ☐

Super alcolico ☐

Cocktail alcolico ☐

Altro (specificare.....)

27) Lei ha mai pensato che il suo consumo di alcol fosse eccessivo?

Sì ☐

No ☐

28) La sera lei generalmente...

Esce ☐

Rimane a casa (a vedere la TV, leggere ecc...) ☐

28.a) Se esce le capita di bere...

Niente ☐

Birra ☐

Vino ☐

Bevanda analcolica ☐

Super alcolico ☐

Cocktail alcolico ☐

Altro (specificare.....)

29) Assume regolarmente farmaci?

Sì ☐

No ☐

29.a) Se sì, per la cura di quale malattia?

.....

30) Fa uso dei seguenti prodotti?

	Sì	No
Integratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodotti di erboristeria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31) Considerando tutti i pasti che fa al giorno con quale frequenza consuma i seguenti alimenti?

	Mai	1 volta a settimana	2 o 3 volte a settimana	Tutti i giorni della settimana
Biscotti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brioche/cornetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiocchi di cereali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fette biscottate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cracker/grissini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta e/o riso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne rossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne bianca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumi (anche zuppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereali (anche zuppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formaggi freschi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formaggi stagionati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merendine confezionate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panini imbottiti/ tramezzini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cibi già pronti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salse (maionese, ketchup)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32) Considera la sua alimentazione corretta?

Sì ☐

No ☐

