



COME DESCRIVEREBBE IL SUO LIVELLO DI ATTIVITA' FISICA ?

LAVORO/CASA

- 1 = MOLTO FATICOSA (muratore, atleta e ballerino professionisti)
- 2 = FATICOSA (agricoltore, operaio industria metalmeccanica, ecc.)
- 3 = MEDIA (rappresentante, cameriere, cuoco, maestra d'asilo,  
casalinga con lavori pesanti o bambini piccoli)
- 4 = IN PIEDI (commessa, insegnante, laboratorista, casalinga, lavori leggeri)
- 5 = ESCLUSIVAMENTE O PRINCIPALMENTE SEDUTA (impiegato d'ufficio, meccanico di  
precisione, studente)      /\_/\_/

SPORT TEMPO LIBERO, SPOSTAMENTI IN BICICLETTA

- 1 = > 7 ore alla settimana di attività fisica
- 2 = 5-7 ore alla settimana di attività fisica
- 3 = 2-4 ore alla settimana di attività fisica
- 4 = < 2 ore alla settimana di attività fisica      /\_/\_/

Peso

Peso (in Kg) / \_ / \_ / \_ /

Altezza (in cm) / \_ / \_ / \_ /

Consuma alcolici?

/1/ No /2/ Si

Se Sì indicare consumo medio in bicchieri die / \_ / \_ /

CARD 2

Anamnesi patologica

Studio

N° paziente  
caso/controllo

N° card

Ha avuto le seguenti patologie?

Diabete mellito .....

Ipertensione (trattata con farmaci) .....

Varicocele.....

Orchite .....

Patologie della tiroide (specificare) .....

Interventi per torsione  
testicolare.....

Altro .....

QUESTIONARIO QUALITA' DEL SONNO

Le capita mai di avere disturbi del sonno? Si no

Con che frequenza? 1/mese 1/sett 3-4/ sett. Tutte le sere

Il suo problema riguarda una difficoltà:

-iniziale ad addormentarsi, oltre 30-40 min?                      Si            no

-centrale?                      Veglia prolungata intrasonno                      si            no

Uno o più/numerosi risvegli notturni            uno            più

Difficoltà (D) o impossibilità (I) a riaddormentarsi            D            I

-terminale?                      Risveglio mattutino precoce                      si            no

Associato a questo disturbo le capita anche di avere?

- disturbi del respiro, esempio di tipo ostruttivo, russamento?            Si            no

#### QUESTIONARIO SINDROME GAMBE SENZA RIPOSO

1)LE CAPITA DI AVERE UNA SENSAZIONE SPIACEVOLE ALLE GAMBE ASSOCIATA AD UNA URGENZA O BISOGNO DI MUOVERE LE GAMBE?                      SI            NO

1)QUESTA SENSAZIONE/SINTOMO LE CAPITA PRINCIPALMENTE O SOLO A RIPOSO E MIGLIORA CON IL MOVIMENTO ?                      SI            NO

1)QUESTE SENSAZIONI/SINTOMI SONO PEGGIORI DI SERA O DI NOTTE PIUTTOSTO CHE DI GIORNO ?  
SI            NO

1) CON CHE FREQUENZA LE CAPITANO QUESTE SENSAZIONI ?

MENO DI UNA VOLTA ALL'ANNO

SI

NO

PIU' DI UNA VOLTA ALL'ANNO MA MENO DI UNA VOLTA AL MESE

SI

NO

UNA VOLTA OGNI MESE

SI

NO

2-4 VOLTE AL MESE

SI

NO

2-3 VOLTE ALLA SETTIMANA

SI

NO

4-5 VOLTE ALLA SETTIMANA

SI

NO

6-7 VOLTE ALLA SETTIMANA

SI

NO