



Questionario per identificare eventuali rischi di esito avverso della riproduzione

*Pensiamoci Prima e Prima della Gravidanza consigliano a tutte le coppie in età fertile, che desiderino o no avere un figlio, e a quelle che abbiano già o no un figlio, di **compilare il presente questionario e portarlo al proprio medico di fiducia.***

*Il questionario ben compilato in ogni sua parte risulterà molto **utile per eseguire il colloquio**, completo e approfondito, su come migliorare il vostro stato di salute, e se pensate di avere dei figli in futuro, investire sin d'ora sulla loro salute che è sensibilmente influenzata dal vostro stato di salute e dal vostro stile di vita.*


Le vostre caratteristiche principali


 Età _____

 Età _____

 Titolo di studio conseguito _____ Anni in totale dedicati alla formazione _____

 Titolo di studio conseguito _____ Anni in totale dedicati alla formazione _____

 Lavoro svolto attualmente, in dettaglio _____
Se disoccupata o simile, indichi disoccupata; se lavora solo a casa indichi casalinga

 Lavoro svolto attualmente, in dettaglio _____
Se disoccupato o simile, indichi disoccupato

I vostri programmi riproduttivi

  **Secondo i vostri programmi futuri pensate di avere un bambino? Se sì quando ?**

- Non desideriamo avere bambini né ora né mai
- Adesso non sappiamo quando vorremmo averlo
- Stiamo pensando di avere un bambino tra breve
- Vorremmo avere un bambino nei prossimi anni
- Vorremmo avere un bambino tra un anno circa

  **In questo periodo state usando un metodo contraccettivo?**

- NO
- SI Se si indicare quale:
 - Pillola anticoncezionale
 - Spirale
 - Altro, specificare _____
 - Profilattico
 - Coito interrotto
 - Diaframma

Le vostre abitudini (stile di vita)



Lei **considerando solo i tre pasti principali (colazione, pranzo, cena), quante volte alla settimana mangia/beve: indichi il numero di porzioni o bicchieri per le bevande, e per compilare meglio questa sezione faccia mente locale sulla settimana appena trascorsa**

Latte _____	Yogurt _____	Marmellata _____	Cereali _____
Spremute _____	Pane _____	Pasta _____	Vino _____
Riso _____	Legumi _____	Carne _____	Pesce _____
Verdura _____	Uova _____	Formaggio _____	Frutta _____
Succhi di frutta _____	Dolci _____	Superalcolici _____	Aperitivi alcolici _____



Lei **considerando solo i tre pasti principali (colazione, pranzo, cena), quante volte alla settimana mangia/beve: indichi il numero di bicchieri o di porzioni, e per compilare meglio questa sezione faccia mente locale sulla settimana appena trascorsa**

Latte _____	Yogurt _____	Marmellata _____	Cereali _____
Spremute _____	Pane _____	Pasta _____	Vino _____
Riso _____	Legumi _____	Carne _____	Pesce _____
Verdura _____	Uova _____	Formaggio _____	Frutta _____
Succhi di frutta _____	Dolci _____	Superalcolici _____	Aperitivi alcolici _____

Avete l'abitudine di prendere il caffè? Se no barrate lo spazio tra parentesi (/), se si indicare il numero di caffè consumati al giorno, in media

() ()

Avete l'abitudine di fumare?

→ NO → SI → NO → SI

Lei **ritiene di essere esposta a fumo passivo in casa o altrove?**

→ NO → SI

Avete l'abitudine di bere bevande alcoliche (es.: vino, birra)? Se no barrate lo spazio tra parentesi (/), se si indicare il numero di bicchieri di vino o di birra consumati al giorno, in media.

() () () ()
Vino Birra Vino Birra

Avete l'abitudine di fare esercizio fisico giornalmente (almeno 30 minuti di cammino) o settimanalmente (es.: giocare a tennis, calcetto, nuotare)?

→ NO → SI → NO → SI



Lei prende regolarmente integratori alimentari o vitamine? → NO → SI

Se SI, quale prodotto sta prendendo? _____

Nel prodotto che sta prendendo è contenuta la vitamina "acido folico"?
(Controlli il prodotto che sta prendendo se necessario) → NO → SI

Quanto acido folico contiene il prodotto che sta prendendo in ogni compressa?
→ 200 microgrammi (0,2 mg) → 400 microgrammi (0,4 mg) → 5.000 microgrammi (5 mg)

→ altra quantità, la indichi per favore _____

Lei sa a che cosa serve la vitamina acido folico? → NO → SI

Se si, lo indichi qui sinteticamente _____

Uno di voi due fa una dieta speciale (es.: per dimagrire, vegan, vegetariana, per qualche malattia)



→ NO → SI



→ NO → SI

Quale è il vostro peso e la vostra altezza?



Peso _____ Altezza _____



Peso _____ Altezza _____

Il vostro stato di salute passato e presente

Attualmente o in passato avete mai sofferto di:

	↓	↓	↓	↓
◆ Ansia	NO	SI	N O	SI
◆ Asma	NO	SI	N O	SI
◆ Depressione	NO	SI	N O	SI
◆ Diabete	NO	SI	N O	SI
◆ Epilessia	NO	SI	N O	SI
◆ Cefalea / emicrania	NO	SI	N O	SI
◆ Infezioni dell'apparato genitale	NO	SI	N O	SI
◆ Ipertensione	NO	SI	N O	SI
◆ Problemi alla tiroide	NO	SI	N O	SI
◆ Problemi alle articolazioni	NO	SI	N O	SI
◆ Problemi cardiaci	NO	SI	N O	SI
◆ Trombosi venose	NO	SI	N O	SI
◆ Altre malattie _____	NO	SI	N	SI

Lei  prende qualche medicina più o meno regolarmente, ad esempio antidolorifici, sonniferi, ansiolitici (per "più o meno regolarmente" si intende almeno 1-2- volte al mese)?

↓ NO

↓ SI (specificare quali _____)

Lei  è mai stata ricoverata in età adulta in ospedale o ha mai fatto un day hospital?

↓ NO

↓ SI (specificare per quale motivo _____)

Lei  ricorda di avere avuto nel passato:

Varicella → NO → SI → Non so o non ricordo

Rosolia → NO → SI → Non so o non ricordo

Lei  ricorda di essere stata vaccinata per:

Varicella → NO → SI → Non so o non ricordo,
Se SI specificare la data (indicare almeno l'anno, approssimativamente) _____

Rosolia → NO → SI → Non so o non ricordo,
Se SI specificare la data (indicare almeno l'anno, approssimativamente) _____

Epatite B → NO → SI → Non so o non ricordo,
Se SI specificare la data (indicare almeno l'anno, approssimativamente) _____

Tetano – Pertosse → NO → SI → Non so o non ricordo,
Se SI specificare la data dell'ultimo richiamo (indicare almeno l'anno, approssimativamente) _____

Esami di laboratorio fatti negli ultimi tempi

Lei  hai eseguito negli ultimi tempi esami del sangue per:

- ◆ HIV ↓ NO ↓ SI
- ◆ Lue (sifilide) ↓ NO ↓ SI
- ◆ Rosolia ↓ NO ↓ SI Risultato: → Immune → Non immune → Non so
- ◆ Varicella ↓ NO ↓ SI Risultato: → Immune → Non immune → Non so
- ◆ Toxoplasmosi ↓ NO ↓ SI Risultato: → Immune → Non immune → Non so

◆ Altri esami, indichi quali se li ricorda _____

Lei  hai eseguito negli ultimi tempi esami del sangue per:

- ◆ HIV ↓ NO ↓ SI
- ◆ Lue (sifilide) ↓ NO ↓ SI

◆ Altri esami, indichi quali se li ricorda _____

Conoscete il vostro gruppo sanguigno e fattore Rh?



→ NO

→ SI (specificare quale _____)



→ NO

→ SI (specificare quale _____)

Le eventuali precedenti gravidanze

Lei  quante gravidanze ha avuto finora? _____

Quando ha avuto l'ultima gravidanza? Specificare mese e anno _____

Nelle precedenti gravidanze ha avuto (se necessario può barrare più di una voce):

- | | | | |
|--|------|------|----------------------|
| ◆ Aborto spontaneo | ↓ NO | ↓ SI | Se SI, quanti? _____ |
| ◆ Aborto indotto per malformazione o malattia del feto | ↓ NO | ↓ SI | Se SI, quanti? _____ |
| ◆ Neonato prematuro | ↓ NO | ↓ SI | Se SI, quanti? _____ |
| ◆ Neonato di peso inferiore a 2.500 | ↓ NO | ↓ SI | Se SI, quanti? _____ |
| ◆ Neonato nato morto | ↓ NO | ↓ SI | Se SI, quanti? _____ |
| ◆ Neonato morto nel primo mese di vita | ↓ NO | ↓ SI | Se SI, quanti? _____ |

Nota sulle gravidanze, indichi qualsiasi evento voglia segnalare al suo medico:

Le vostre famiglie e le possibili malattie

La famiglia di lei 

Utilizzando l'elenco sottostante, indicare con una X gli eventuali casi che si sono verificati nella sua famiglia.

Se necessario chiedi maggiori informazioni ai suoi genitori o ai suoi parenti più prossimi.

Problemi identificati, chiedendo anche a genitori o parenti prossimi	Precedenti gravidanze/figli	Genitori	Fratelli o sorelle	Nonni, zii o cugini
Malformazioni (es.: spina bifida, labbro leporino, cardiopatie congenite, lussazione dell'anca)				
Ritardo mentale				
Statura molto bassa				
Sordità				
Cecità				
Anemia mediterranea (talassemia)				
Malattia del sangue				
Emofilia				
Distrofia muscolare				
Fibrosi cistica				
Malattie metaboliche				
Malattie neurologiche progressive				
Decessi in epoca infantile				

Ricovero in istituti particolari				
Assistenza continua in età giovanile				
Altro, specificare				
Altro, specificare				
Altro, specificare				

Spazio per precisazioni sulle malattie verificatesi nella famiglia



La famiglia di lui

Utilizzando l'elenco sottostante, indicare con una X gli eventuali casi che si sono verificati nella sua famiglia. Se necessario chieda maggiori informazioni ai suoi genitori o ai suoi parenti più prossimi.

Problemi identificati, chiedendo anche a genitori o parenti prossimi	Precedenti gravidanze/figli	Genitori	Fratelli o sorelle	Nonni, zii o cugini
Malformazioni (es.: spina bifida, labbro leporino, cardiopatie congenite, lussazione dell'anca)				
Ritardo mentale				
Statura molto bassa				
Sordità				
Cecità				
Anemia mediterranea (talassemia)				
Malattia del sangue				
Emofilia				
Distrofia muscolare				
Fibrosi cistica				
Malattie metaboliche				
Malattie neurologiche progressive				
Decessi in epoca infantile				
Ricovero in istituti particolari				
Assistenza continua in età giovanile				
Altro, specificare				
Altro, specificare				
Altro, specificare				

Spazio per precisazioni sulle malattie verificatesi nella famiglia

Domande ? precisazioni ?



Avete domande? Precisazioni da fornire ? problemi che desiderate discutere?

↓ NO

↓ SI specificare quali qui sotto: