

Supplementary Materials for

EpiWEAT: a new digital assessment tool for epigenetic studies

**Marco Giustini, Anna Carannante, Duilio Luca Bacocco, Emanuele Caredda,
Patrizia Magliocchetti, Giuseppina Cersosimo, Maria Grazia Foschino Barbaro,
Andrea Piccinini, Paolo Cremonesi and Simona Gaudi**

Corresponding author:

Anna Carannante, Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299,
00161 Rome, Italy. E-mail: anna.carannante@iss.it.

Published on

Ann Ist Super Sanità 2025 Vol. 61, No. 2: 95-101
DOI: 10.4415/ANN_25_02_01

This PDF file includes:

The digital questionnaire (Italian and English version)



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



EpiWEAT

Percorso integrato per le
donne che hanno subito
violenza

SEZIONE 1. RACCOLTA DATI

1. Fase di raccolta dati

- ☐ T₀ (prima visita-primo accesso alla struttura)
- ☐ T₁ (visita dopo 7 gg dal primo accesso)
- ☐ T₂ (visita al 6° mese dal primo accesso)
- ☐ T₃ (visita al 12° mese dal primo accesso)
- ☐ T₄ (visita al 18° mese dal primo accesso)

2. Codice identificativo struttura

--	--	--	--	--	--	--

3. Codice identificativo paziente

--	--	--	--	--	--	--

4. Data somministrazione questionario

<i>g</i>	<i>g</i>	<i>m</i>	<i>m</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>

SEZIONE 2. DATI SOCIO_ANAGRAFICI

5. Livello di istruzione della paziente

- ☐ Nessun titolo di studio
- ☐ Scuola Primaria
- ☐ Scuola secondaria I grado
- ☐ Scuola Secondaria II grado
- ☐ Laurea Triennale
- ☐ Laurea Magistrale
- ☐ Master o titolo post-lauream (inclusa abilitazione professionale)

6. Relazione con il partner attuale

- ☐ Nubile (nessuna relazione)
- ☐ Coniugata
- ☐ Separata/Divorziata
- ☐ Relazione sentimentale non convivente
- ☐ Convivente
- ☐ Vedova

7. Da quanto tempo dura la relazione

- ☐ Da meno di 6 mesi
- ☐ Da 6 a 12 mesi
- ☐ Da 1 a 5 anni
- ☐ Da 6 a 10 anni
- ☐ Da 11 a 20 anni
- ☐ Da più di 20 anni

8. Occupazione della paziente

- ☐ Occupazione stabile
- ☐ Occupazione precaria
- ☐ Non occupata
- ☐ Casalinga/Pensionata
- ☐ Studentessa

SEZIONE 3. DESCRIZIONE DELLA VIOLENZA

15. Relazione vittima-aggressore

- ☐ Coniuge o partner
- ☐ Genitore
- ☐ Altro parente
- ☐ Conoscente o amico
- ☐ Estraneo
- ☐ Relazione non specificata
- ☐ Altro

16. Sesso dell'aggressore

- ☐ Maschio
- ☐ Femmina
- ☐ Altro

17. Classe di età dell'aggressore

- ☐ Minori di 15 anni
- ☐ Giovani (14-24 anni)
- ☐ Adulti (25-64 anni)
- ☐ Anziani (65 e più anni)
- ☐ Non nota

18. Relativamente all'evento subito, si è trattato di:

- ☐ Evento singolo *(vai alla domanda 19)*
- ☐ Evento ripetuto *(vai alla domanda 20)*

SEZIONE 3. DESCRIZIONE DELLA VIOLENZA

19. (se evento singolo) Tipo di violenza subita e quando si è verificata

	Mai	< 6 mesi	6-12 mesi	1-5 anni	6-10 anni	11-20 anni	Più di 20 anni
Violenza sessuale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Violenza fisica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Violenza psicologica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Violenza economica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. (se evento ripetuto) Tipo di violenza subita e da quanto tempo la si subisce

	Mai	< 6 mesi	6-12 mesi	1-5 anni	6-10 anni	11-20 anni	Più di 20 anni
Violenza sessuale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Violenza fisica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Violenza psicologica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Violenza economica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Valutazione gravità della violenza.

Per essere considerato grave il paziente deve soddisfare almeno uno dei seguenti criteri (*sono possibili più risposte*)

- ☐ Trauma da moderato in su (score AIS massimo ≥ 2); lesione non superficiale ad es. frattura composta avambraccio
- ☐ Sintomi di depressione o ansia grave; precedenti autolesivi o segni d'intento suicidario
- ☐ Precedenti di violenza subita in ambito relazionale
- ☐ Continuità violenza: durata maltrattamento superiore a 1 anno
- ☐ Violenza sessuale con penetrazione
- ☐ Minaccia con armi (o percezione pericolo di vita)

22. La paziente intende proseguire?

- ☐ Sì (*si prosegue alla sezione successiva*)
- ☐ No (*si invia il questionario compilato sino a qui*)

SEZIONE 4. VALUTAZIONE RISCHIO RECIDIVA SEVERA

23. Valutazione rischio recidiva severa (DA-5)

Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5) - Valutazione breve del rischio di recidiva (una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave)

	Si	No
La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?	☐	☐
L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?	☐	☐
Pensa che l'aggressore possa ucciderla?	☐	☐
L'ha mai picchiata durante la gravidanza?	☐	☐
L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?	☐	☐

24. La paziente intende proseguire?

- ☐ Si (si prosegue alla sezione successiva)
- ☐ No (si invia il questionario compilato sino a qui)

SEZIONE 5. MALATTIE, CONDIZIONI CRONICHE

25. Disturbi del comportamento alimentare

- ☐ Sì
☐ No
☐ Non so

26. Altre malattie e condizioni croniche, segni e sintomi

	No	Sì	Se sì, specificare
Disturbo uro-ginecologico	☐	☐	
Disfunzione sessuale	☐	☐	
Patologia gastrointestinale	☐	☐	
Postumi di traumatismo, ustione o avvelenamento	☐	☐	
Disabilità motoria, sensoriale o funzionale	☐	☐	
Altra patologia, segno o sintomo	☐	☐	

27. La paziente intende proseguire?

- ☐ Sì *(si prosegue alla sezione successiva)*
☐ No *(si invia il questionario compilato sino a qui)*

SEZIONE 6. ASSUNZIONE DI FARMACI

28. Assume farmaci?

- ☐ Sì (se Sì, si va alla domanda 29)
- ☐ No (se No, si va alla domanda 30)

29. Indicare i farmaci, dando la precedenza ad antidepressivi o ansiolitici

Farmaco 1 (indicare nome):

Farmaco 1 (indicare posologia):

Farmaco 2 (indicare nome):

Farmaco 2 (indicare posologia):

Farmaco 3 (indicare nome):

Farmaco 3 (indicare posologia):

Farmaco 4 (indicare nome):

Farmaco 4 (indicare posologia):

30. La paziente intende proseguire?

- ☐ Sì (si prosegue alla sezione successiva)
- ☐ No (si invia il questionario compilato sino a qui)

SEZIONE 7. TERAPIA O COUNSELING

31. Terapia o consulenza psichiatrica/psicologica

	Si	No
Assume farmaci antidepressivi o ansiolitici?	☐	☐
Segue un percorso con uno psicoterapeuta?	☐	☐
Segue un percorso con uno psichiatra?	☐	☐

32. La paziente intende proseguire?

- ☐ Sì *(si prosegue alla sezione successiva)*
- ☐ No *(si invia il questionario compilato sino a qui)*

SEZIONE 8. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS (ITQ)

33. Qui sotto sono elencati alcuni problemi che le persone a volte riferiscono in risposta ad eventi di vita traumatici o stressanti. Per favore legga attentamente ogni domanda e poi segni quanto è stata infastidita da tale problema nell'ultimo mese.

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ01: Fare sogni inquietanti che riproducono parte dell'esperienza o che sono chiaramente collegati ad essa?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ02: Nella sua mente si presentano talvolta ricordi o immagini per cui le sembra che l'esperienza stia accadendo di nuovo in quel momento?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ03: Evitare qualcosa di interno (come pensieri, emozioni, o sensazioni fisiche) che le ricorda l'esperienza?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ04: Evitare qualcosa di esterno che le ricorda l'esperienza (come persone, luoghi, argomenti di conversazione, oggetti, attività o situazioni)?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ05: Essere estremamente in allerta, vigile, o sul chi va là?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ06: Sentirsi con i nervi a fior di pelle o spaventarsi facilmente?	☐	☐	☐	☐	☐

34. Nel mese scorso i sintomi sopra elencati hanno:

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ07: Influenzato le sue relazioni o la sua vita sociale?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ08: Influenzato il suo lavoro/scuola o la sua capacità di lavorare/studiare?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ09: Influenzato qualsiasi altro aspetto importante della sua vita?	☐	☐	☐	☐	☐

SEZIONE 8. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS (ITQ)

35. Qui sotto sono elencati problemi o sintomi che qualche volta sperimentano le persone che hanno vissuto eventi stressanti o traumatici. Le domande si riferiscono ai modi in cui lei si sente abitualmente, a quello che abitualmente pensa di sé stesso ed ai modi in cui abitualmente si relaziona con gli altri. Risponda alle seguenti affermazioni pensando a quanto ciascuna di queste sia vera per lei.

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ10: Quando sono nervosa, ci vuole molto tempo per calmarmi	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ11: Mi sento emotivamente insensibile/anestetizzata o emotivamente spenta	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ12: Mi sento una fallita	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ13: Mi sento senza valore	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ14: Mi sento lontana o tagliata fuori dalle persone	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ15: È difficile stare emotivamente vicina alle persone	☐	☐	☐	☐	☐

36. Nell'ultimo mese, riguardo a ciò che pensa di sé stessa, alla sfera emozionale e alle relazioni, i problemi sopraelencati:

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ16: Hanno generato preoccupazioni o difficoltà nelle sue relazioni o nella sua vita sociale?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ17: Hanno influenzato il suo lavoro o la sua capacità di lavorare?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ18: Hanno influenzato altri aspetti importanti della sua vita come il ruolo genitoriale, lo studio o altre attività importanti?	☐	☐	☐	☐	☐

37. La paziente intende proseguire?

- ☐ Sì (si prosegue alla sezione successiva)
- ☐ No (si invia il questionario compilato sino a qui)

SEZIONE 9. VALUTAZIONE DEPRESSIONE (CESD-R)

38. Di seguito è riportata una lista di alcuni dei modi in cui ti puoi esser sentita e/o comportata. Ti preghiamo di indicare quante volte ti sei sentita in questo modo durante la scorsa settimana scegliendo l'appropriata casella per ogni domanda..

	Raramente o mai (meno di 1 giorno)	Alcune volte o per poco tempo (1-2 giorni)	Occasional mente o per un moderato ammontare di tempo (3-4 giorni)	Tutto il tempo (5-7 giorni)
Il mio appetito era scarso	☐	☐	☐	☐
Non riuscivo a scrollarmi di dosso la tristezza	☐	☐	☐	☐
Avevo difficoltà a concentrarmi su ciò che stavo facendo	☐	☐	☐	☐
Mi sentivo depressa	☐	☐	☐	☐
Il mio sonno era agitato	☐	☐	☐	☐
Mi sentivo triste	☐	☐	☐	☐
Non riuscivo ad andare avanti	☐	☐	☐	☐
Niente mi rendeva felice	☐	☐	☐	☐
Mi sentivo una persona cattiva	☐	☐	☐	☐
Ho perso interesse nelle mie attività abituali	☐	☐	☐	☐
Ho dormito molto più del solito	☐	☐	☐	☐
Mi sembrava di muovermi troppo lentamente	☐	☐	☐	☐
Mi sentivo nervosa	☐	☐	☐	☐
Ho desiderato di essere morta	☐	☐	☐	☐
Volevo farmi del male	☐	☐	☐	☐
Ero sempre stanca	☐	☐	☐	☐
Non mi piacevo	☐	☐	☐	☐
Ho perso molto peso senza provarci	☐	☐	☐	☐
Ho avuto molti problemi a dormire	☐	☐	☐	☐
Non riuscivo a concentrarmi sulle cose importanti	☐	☐	☐	☐

STUDIO EPIGENETICO

39. Aderisce allo studio epigenetico?

☐

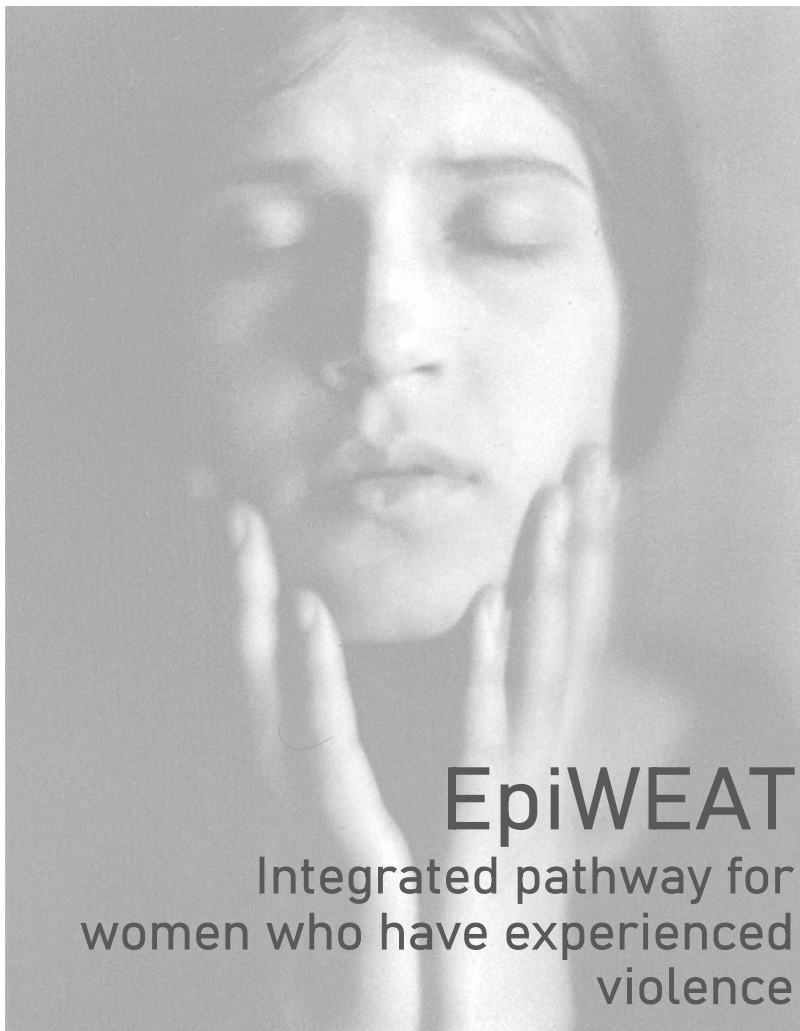
Si

☐

No



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



EpiWEAT

Integrated pathway for
women who have experienced
violence

SECTION 1. DATA COLLECTION

1. Data collection phase

- ☐ T₀ (First medical examination - First access to the facility)
- ☐ T₁ (Follow-up 7 days after the first visit/access)
- ☐ T₂ (6-month follow-up from the first visit/access)
- ☐ T₃ (12-month follow-up from the first visit/access)
- ☐ T₄ (18-month follow-up from the first visit/access)

2. Facility identification code

3. Patient identification code

4. Questionnaire administration date

g g m m a a a a

SECTION 2. SOCIO-DEMOGRAPHIC DATA

5. Patient's educational level

- ☐ No formal education
- ☐ Primary education
- ☐ Lower secondary education
- ☐ Upper secondary education
- ☐ Tertiary education (Bachelor's degree or equivalent)
- ☐ Postgraduate education (Master's degree or equivalent)
- ☐ Doctoral or research-level education (Ph.D. or equivalent)

6. Relationship with current partner

- ☐ Single (no relationship)
- ☐ Married
- ☐ Separated/Divorced
- ☐ Non-cohabiting relationship
- ☐ Cohabiting relationship
- ☐ Widow

7. Duration of the relationship

- ☐ Less than 6 months
- ☐ From 6 to 12 months
- ☐ From 1 to 5 years
- ☐ From 6 to 10 years
- ☐ From 11 to 20 years
- ☐ More than 20 years

8. Patient's occupation

- ☐ Stable employment
- ☐ Occasional employment
- ☐ Unemployed
- ☐ Housewife/retiree
- ☐ Student

SECTION 3. DESCRIPTION OF VIOLENCE

15. Victim-perpetrator relationship

- ☐ Spouse or partner
- ☐ Parent
- ☐ Other relative
- ☐ Acquaintance or friend
- ☐ Stranger
- ☐ Unspecified relationship
- ☐ Other

16. Sex of perpetrator

- ☐ Male
- ☐ Female
- ☐ Other

17. Age group of perpetrator

- ☐ Less than 15 years
- ☐ Young people (14-24 years)
- ☐ Adult (25-64 years)
- ☐ Elderly (65 and over)
- ☐ Unknown

18. Regarding the event suffered, it was:

- ☐ Single event (*go to question 19*)
- ☐ Repeated event (*skip to question 20*)

SECTION 3. DESCRIPTION OF VIOLENCE

19. (if single event) Type of violence and when it occurred

	Never	<6 months	6-12 months	1-5 years	6-10 years	11-20 years	More than 20 years
Sexual assault	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Physical violence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychological violence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Economic violence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. (if repeated event) Type of violence and how long it has been experienced

	Never	<6 months	6-12 months	1-5 years	6-10 years	11-20 years	More than 20 years
Sexual assault	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Physical violence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychological violence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Economic violence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Severity assessment of violence.

To be considered "severe", the patient must meet at least one of the following criteria
(multiple responses possible)

- ☐ Moderate or higher trauma (AIS score max ≥ 2); non-superficial injury such as a fractured forearm
- ☐ Symptoms of severe depression or anxiety; history of self-harm or signs of suicidal intent
- ☐ History of relationship-related violence
- ☐ Continuity of violence: maltreatment lasting more than 1 year
- ☐ Sexual assault with penetration
- ☐ Threats with weapons (or perceived danger to life)

22. Does the patient wish to continue?

- ☐ Yes (continue to the next question)
- ☐ No (send the completed questionnaire up to here)

SECTION 4. SEVERE RECURRENCE RISK ASSESSMENT

23. Danger Assessment-5 (DA-5)

Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5) – A brief assessment of recurrence risk *(three positive responses indicate a high risk of severe abuse)*

	Yes	No
Has the physical violence increased in frequency or severity over the past 6 months?	☐	☐
Has the perpetrator ever used a weapon or threatened you with a weapon?	☐	☐
Do you believe the perpetrator is capable of killing you?	☐	☐
Have you ever been beaten by the perpetrator while you were pregnant?	☐	☐
Is the perpetrator violently and constantly jealous of you?	☐	☐

24. Does the patient wish to continue?

- ☐ Yes *(continue to the next question)*
- ☐ No *(send the completed questionnaire up to here)*

SECTION 5. DISEASES, CHRONIC CONDITIONS

25. Eating disorders

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know

26. Other diseases and chronic conditions, signs, and symptoms

	No	Yes	If yes, please specify
Uro-gynecological disorder	☐	☐	
Sexual dysfunction	☐	☐	
Gastrointestinal disorder	☐	☐	
Sequelae of trauma, burns, or poisoning	☐	☐	
Motor, sensory, or functional disability	☐	☐	
Other condition, sign, or symptom	☐	☐	

27. Does the patient wish to continue?

- ☐ Yes *(continue to the next question)*
☐ No *(send the completed questionnaire up to here)*

SECTION 6. MEDICATION USE

28. Does the patient take medication?

- ☐ Yes (if Yes, go to question 29)
- ☐ No (if No, skip to question 30)

29. Indicate medications, prioritizing antidepressants or anxiolytics

Medication 1 (name):

Medication 1 (dosage):

Medication 2 (name):

Medication 2 (dosage):

Medication 3 (name):

Medication 3 (dosage):

Medication 4 (name):

Medication 4 (dosage):

30. Does the patient wish to continue?

- ☐ Yes (continue to the next question)
- ☐ No (send the completed questionnaire up to here)

SECTION 7. THERAPY OR COUNSELING

31. Psychiatric/psychological therapy or counseling

	Yes	No
Does the patient take antidepressants or anxiolytics?	☐	☐
Does the patient follow a psychotherapy path?	☐	☐
Does the patient see a psychiatrist?	☐	☐

32. Does the patient wish to continue?

- ☐ Yes *(continue to the next question)*
- ☐ No *(send the completed questionnaire up to here)*

SECTION 8. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS (ITQ)

33. Below are a number of problems that people sometimes report in response to traumatic or stressful life events. Please read each item carefully, then circle one of the numbers to the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.

	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
ITQ01: Having upsetting dreams that replay part of the experience or are clearly related to the experience?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ02: Having powerful images or memories that sometimes come into your mind in which you feel the experience is happening again in the here and now?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ03: Avoiding internal reminders of the experience (for example, thoughts, feelings, or physical sensations)?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ04: Avoiding external reminders of the experience (for example, people, places, conversations, objects, activities, or situations)?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ05: Being "super-alert", watchful, or on guard?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ06: Feeling jumpy or easily startled?	☐	☐	☐	☐	☐

34. In the past month have the above problems:

	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
ITQ07: Affected your relationships or social life?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ08: Affected your work or ability to work?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ09: Affected any other important part of your life such as parenting, or school or college work, or other important activities?	☐	☐	☐	☐	☐

SEZIONE 8. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS (ITQ)

35. Below are problems that people who have had stressful or traumatic events sometimes experience. The questions refer to ways you typically feel, ways you typically think about yourself and ways you typically relate to others. Answer the following thinking about how true each statement is of you.

	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
ITQ10: When I am upset, it takes me a long time to calm down	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ11: I feel numb or emotionally shut down	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ12: I feel like a failure	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ13: I feel worthless	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ14: I feel distant or cut off from people	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ15: I find it hard to stay emotionally close to people	☐	☐	☐	☐	☐

36. In the past month, have the above problems in emotions, in beliefs about yourself and in relationships:

	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
ITQ16: Created concern or distress about your relationships or social life?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ17: Affected your work or ability to work?	☐	☐	☐	☐	☐
ITQ18: Affected any other important parts of your life such as parenting, or school or college work, or other important activities?	☐	☐	☐	☐	☐

37. Does the patient wish to continue?

- ☐ Yes *(continue to the next question)*
- ☐ No *(send the completed questionnaire up to here)*

SECTION 9. DEPRESSION ASSESSMENT (CESD-R)

38. Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please check the boxes to tell me how often you have felt this way in the past week or so.

	Not at all or less than 1 day last week.	A few times or for a short time (1-2 days)	For a moderate amount of time (3-4 days)	All time (5-7 days)
My appetite was poor	☐	☐	☐	☐
I could not shake off the blues	☐	☐	☐	☐
I had trouble keeping my mind on what I was doing	☐	☐	☐	☐
I felt depressed	☐	☐	☐	☐
My sleep was restless	☐	☐	☐	☐
I felt sad	☐	☐	☐	☐
I could not get going	☐	☐	☐	☐
Nothing made me happy	☐	☐	☐	☐
I felt like a bad person	☐	☐	☐	☐
I lost interest in my usual activities	☐	☐	☐	☐
I slept much more than usual	☐	☐	☐	☐
I felt like I was moving too slowly	☐	☐	☐	☐
I felt fidgety	☐	☐	☐	☐
I wished I were dead	☐	☐	☐	☐
I wanted to hurt myself	☐	☐	☐	☐
I was tired all the time	☐	☐	☐	☐
I did not like myself	☐	☐	☐	☐
I lost a lot of weight without trying to	☐	☐	☐	☐
I had a lot of trouble getting to sleep	☐	☐	☐	☐
I could not focus on the important things	☐	☐	☐	☐

EPIGENETIC STUDY

39. Do you take part in the epigenetic study?

- ☐ Yes
- ☐ No