REGISTRO NAZIONALE GEMELLI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma
Tel. 06/4990.4154 – 4175 - 4153
https://www.iss.it/gemelli - E-mail: registro.nazionale.gemelli@iss.it

|__|__|__|__|__|__|__|__|

QUESTIONARIO DATI ANAGRAFICI E SOCIO DEMOGRAFICI

Istruzioni per la compilazione*:*
Legga attentamente ogni sezione del questionario prima di compilarla.
La preghiamo di scrivere in **carattere stampatello** con la massima chiarezza, utilizzando una **penna biro di colore nero**.
Annerisca il cerchietto corrispondente alla sua risposta **riempiendolo completamente**. Se annerisce **per errore** un cerchietto, è sufficiente che faccia una croce ben visibile sul cerchietto "sbagliato" **annerendo poi quello "giusto"** corrispondente alla Sua risposta.

SEZIONE A - GEMELLARITÀ

01. Lei è un gemello? O **Sì** *La invitiamo a proseguire la compilazione del questionario.*
O **No** *La invitiamo ad inviarci questo questionario, senza compilarlo oltre, utilizzando la busta pre-affrancata allegata*

02. Il Suo gemello/a:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| O *maschio* O *femmina*

03. Il Suo gemello/a è ancora in vita? O *Sì* O *No* O *Non so*

Se no, *indichi la data del decesso (giorno, mese, anno)* |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Se sì, *indichi* **Via**|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

SEZIONE C – STATO CIVILE, COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA

16. Indichi qual è il Suo stato civile O *Celibe/nubile* O *Coniugato/a o convivente* O *Divorziato/a* O *Vedovo/a*

17. Indichi l'anno di nascita dei Suoi genitori |__|__|__|__| *di Sua madre* |__|__|__|__| *di Suo padre*

18. Composizione della sua famiglia:

a. Quanti fratelli/sorelle ha avuto? (escluso il suo gemello/a) |__|__| *b. Quanti figli ha avuto?* |__|__| *c. Con quante persone vive?* |__|__|

19. Con chi vive attualmente O *Partner/marito/moglie* O *Altri fratelli/sorelle (escluso il gemello/a)* O *Figli* O *Solo/a*

O *Gemello/a* O *Altri specificare* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

20. È cresciuto insieme al Suo gemello/a O *Sì* O *No* **21. Per quanto tempo avete vissuto insieme?** *anni* |__|__|

22. Se non vive con il Suo gemello/a, ogni quanto tempo vi incontrate?

O *Ogni giorno* O *Ogni settimana* O *Alcune volte al mese o più raramente* O *Una volta al mese* O *Mai*

SEZIONE D – MISURE ANTROPOMETRICHE

23. Quanto è alto/a? (indichi la misura esatta, in centimetri, presa senza scarpe) |__|__|__| *cm*

24. Quanto pesa? (indichi la misura esatta, in Kg) |__|__|__| *Kg*

25. Qual è la Sua circonferenza vita? (indichi la misura esatta, in centimetri, presa all'altezza dell'ombelico) |__|__|__| *cm*

26. Qual è il suo gruppo sanguigno? O *A+* O *A-* O *B+* O *B-* O *0+* O *0-* O *AB+* O *AB-* O *non so*

SEZIONE E – ABITUDINE AL FUMO

27. Attualmente fuma? O *Sì, tutti i giorni* O *Sì, non tutti i giorni* O *No*

28. Se fuma o ha fumato in passato, a che età ha iniziato? |__|__| *anni*

29. In media, quante sigarette al giorno fuma o fumava? |__|__| *sigarette*

30. Se è un ex-fumatore, a che età ha smesso? |__|__| *anni*

SEZIONE F – RECAPITI

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Telefono abitazione*

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Cellulare*

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *E-mail*

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Indirizzo*

|__|__|__|__|__| *CAP* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Città* |__|__| *Provincia*

COMMENTI

|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| *Data di compilazione*