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 DI ISCRIZIONE AL REGISTRO NAZIONALE GEMELLI

Prima di compilare il questionario legga attentamente ogni sezione.
La preghiamo di scrivere in **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 fare una croce ben visibile sul cerchietto "sbagliato" **annerendo poi quello "giusto"** corrispondente alla risposta corretta.

01. Lei è un gemello? O **Sì** *La invitiamo a proseguire la compilazione del questionario.*
O **No** *La invitiamo comunicare a registro.nazionale.gemelli@iss.it che lei non è un gemello*

02. Lei e il suo gemello siete dello stesso sesso? O **Sì** *La invitiamo a proseguire la compilazione della **Sezione A***
O **No** *La invitiamo a proseguire direttamente con la **Sezione B***

SEZIONE A - ZIGOSITÀ

03. Se Lei e il suo gemello/a siete dello stesso sesso, sa dirci che tipo di gemelli siete?
O *Identici (monozigoti)* O *Non identici (dizigoti)* O *Non so*

04. Se siete dello stesso sesso, durante l'infanzia:

a. Sentiva dire che Lei e il Suo gemello/a eravate uguali come due gocce d'acqua?	O *Spesso*	O *Qualche volta*	O *Raramente – mai*
b. I vostri genitori vi confondevano l'uno con l'altro?	O *Spesso*	O *Qualche volta*	O *Raramente – mai*
c. Gli insegnanti vi confondevano l'uno con l'altro?	O *Spesso*	O *Qualche volta*	O *Raramente – mai*
d. I vostri amici vi confondevano l'uno con l'altro?	O *Spesso*	O *Qualche volta*	O *Raramente – mai*
e. Il colore dei vostri capelli era uguale?	O *Sì*	O *No*	
f. Il colore dei vostri occhi era uguale?	O *Sì*	O *No*	

SEZIONE B - DATI ANAGRAFICI E SOCIO-DEMOGRAFICI

05. Cognome _____ **06. Nome** _____

07. Data di nascita |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| **08. Sesso** O *Maschio* O *Femmina*

09. Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

10. Comune di nascita _____ **11. Provincia di nascita** |__|__|

12. Indichi quanti anni di scuola ha frequentato e l'ultimo titolo di studio che ha conseguito *anni di scuola* |__|__|

O *Nessuno* O *Scuola primaria* O *Scuola secondaria di primo grado* O *Scuola secondaria di secondo grado* O *Università (Lauree triennali e specialistiche, Master, Dottorati)*

13. Qual è la Sua attuale occupazione/professione/mestiere?

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *dall'anno* |__|__|__|__|

14. Quale occupazione ha svolto prevalentemente?

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *per quanti anni* |__|__|

SEZIONE C - STATO CIVILE, COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA

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

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

17. 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?* |__|__|

18. 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* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

21. 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

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

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

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

25. 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

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

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

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

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

SEZIONE F - RECAPITI

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

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

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

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

|__|__|__|__|__| *CAP*

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Città*

|__|__| *Provincia*

COMMENTI

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