Piccolipiù

ARRUOLAMENTO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DI UNA COORTE NAZIONALE DI NATI



Questionario 6 Mesi

Etichetta
Codice identificativo
FAMIGLIA

Cara mamma,

abbiamo cercato di rendere questo questionario di facile comprensione.

Alcune domande, laddove specificato, prevedono più di una risposta e potrai quindi barrare più caselle.

Alcune domande ti chiederanno invece di specificare una quantità: ti preghiamo di scrivere un numero intero e non un intervallo di numeri o un numero decimale (ad es. nella domanda quante ore dorme il bambino di notte? |__|__| se il tuo bambino dorme circa 3-4 ore potrai rispondere scrivendo o solo 3 o solo 4 a seconda della situazione più frequente)

Tieni a portata di mano il diario, il libretto sanitario e altra documentazione che si riferisce al bambino (prescrizione del pediatra, fogli dell'ospedale e del pronto soccorso se ne hai avuto necessità).

Buona compilazione!

SEZIONI DEL QUESTIONARIO

Anagrafica 3

Il ritorno a Casa 3

Mese 1 4

Mese 2 5

Mese 3 6

Mese 4 7

Mese 5 8

Mese 6 9

Primi 6 mesi 10

Ultime 24 ore 14

Cara mamma,
il tuo bambino ha compiuto 6 mesi!

Ti preghiamo di confermarci i tuoi recapiti:

Via/Piazza _____ Numero civico _____

CAP |__|__|__|__|__| Città _____ Provincia _____

Telefono cellulare _____ Telefono fisso _____

E-mail _____ @ _____

In questi primi 6 mesi hai compilato, anche solo in parte, il diario del primo anno di vita che ti abbiamo dato in ospedale?

☐ Sì ☐ No

Il ritorno a casa

Data di nascita del bambino: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Data ritorno a casa dall'ospedale: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

1. Al ritorno a casa quale tipo di latte assumeva il bambino?

☐ il latte della mamma ☐ il latte artificiale ☐ entrambi

2. Beveva altri liquidi oltre al latte? *(acqua, glucosata, camomilla, tisane)*

☐ Sì ☐ No

Primo mese

Hai compilato la scheda del primo mese all'interno del Diario? ☐ sì ☐ no

Se sì, scrivi qui la data di compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Se no, puoi rispondere alle domande in base al tuo ricordo del mese di osservazione.

1. Nelle ultime 24 ore il bambino ha preso: *(possibile più di una risposta)*

☐ Latte materno	☐ Latte artificiale o di formula
☐ Latte fresco (di mucca, di capra ecc)	☐ Altri liquidi (acqua, the, camomilla, tisane, succhi di frutta)

2. Numero di poppate al giorno: |__|__|

3. Il bambino mangia anche alimenti diversi dal latte? ☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

☐ frutta

☐ altro (specificare) _____

4. Quante ore dorme il bambino di giorno? |__|__|

5. Quante ore dorme il bambino di notte? |__|__|

6. Il bambino si sveglia di notte? ☐ sì ☐ no

Se sì, normalmente quante volte? |__|__|

7. Dove dorme <u>di notte</u> il bambino? *(anche più di una risposta se per es. viene spostato da un luogo ad un altro durante la notte)*

☐ nella culla/lettino nella stanza di mamma e papà	☐ nella culla/lettino nella propria stanza	☐ nel letto di mamma e papà

8. Come viene messo di solito a dormire il bambino? *(possibile una sola risposta)*

☐ a pancia in giù	☐ a pancia in su	☐ di lato o sul fianco

9. Il bambino usa il ciuccio, succhiotto? ☐ sì ☐ no

10. In casa si fuma anche solo qualche volta in presenza del bambino? ☐ sì ☐ no

Secondo mese

Hai compilato la scheda del secondo mese all'interno del Diario? ☐ sì ☐ no

Se sì, scrivi qui la data di compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Se no, puoi rispondere alle domande in base al tuo ricordo del mese di osservazione.

1. Nelle ultime 24 ore il bambino ha preso: *(possibile più di una risposta)*

☐ Latte materno	☐ Latte artificiale o di formula
☐ Latte fresco (di mucca, di capra ecc)	☐ Altri liquidi (acqua, the, camomilla, tisane, succhi di frutta)

2. Numero di poppate al giorno: |__|__|

3. Il bambino mangia anche alimenti diversi dal latte? ☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

☐ frutta

☐ altro (specificare) _____

4. Quante ore dorme il bambino di giorno? |__|__|

5. Quante ore dorme il bambino di notte? |__|__|

6. Il bambino si sveglia di notte? ☐ sì ☐ no

Se sì, normalmente quante volte? |__|__|

7. Dove dorme <u>di notte</u> il bambino? *(anche più di una risposta se per es. viene spostato da un luogo ad un altro durante la notte)*

☐ nella culla/lettino nella stanza di mamma e papà	☐ nella culla/lettino nella propria stanza	☐ nel letto di mamma e papà

8. Come viene messo di solito a dormire il bambino? *(possibile una sola risposta)*

☐ a pancia in giù	☐ a pancia in su	☐ di lato o sul fianco

9. Il bambino usa il ciuccio, succhiotto? ☐ sì ☐ no

10. In casa si fuma anche solo qualche volta in presenza del bambino? ☐ sì ☐ no

Terzo mese

Hai compilato la scheda del terzo mese all'interno del Diario? ☐ sì ☐ no

Se sì, scrivi qui la data di compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Se no, puoi rispondere alle domande in base al tuo ricordo del mese di osservazione.

1. Nelle ultime 24 ore il bambino ha preso: *(possibile più di una risposta)*

☐ Latte materno	☐ Latte artificiale o di formula
☐ Latte fresco (di mucca, di capra ecc)	☐ Altri liquidi (acqua, the, camomilla, tisane, succhi di frutta)

2. Numero di poppate al giorno: |__|__|

3. Il bambino mangia anche alimenti diversi dal latte? ☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

☐ frutta

☐ altro (specificare) _____

4. Quante ore dorme il bambino di giorno? |__|__|

5. Quante ore dorme il bambino di notte? |__|__|

6. Il bambino si sveglia di notte? ☐ sì ☐ no

Se sì, normalmente quante volte? |__|__|

7. Dove dorme <u>di notte</u> il bambino? *(anche più di una risposta se per es. viene spostato da un luogo ad un altro durante la notte)*

☐ nella culla/lettino nella stanza di mamma e papà	☐ nella culla/lettino nella propria stanza	☐ nel letto di mamma e papà

8. Come viene messo di solito a dormire il bambino? *(possibile una sola risposta)*

☐ a pancia in giù	☐ a pancia in su	☐ di lato o sul fianco

9. Il bambino usa il ciuccio, succhiotto? ☐ sì ☐ no

10. In casa si fuma anche solo qualche volta in presenza del bambino? ☐ sì ☐ no

Quarto mese

Hai compilato la scheda del quarto mese all'interno del Diario? ☐ sì ☐ no

Se sì, scrivi qui la data di compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Se no, puoi rispondere alle domande in base al tuo ricordo del mese di osservazione.

1. Nelle ultime 24 ore il bambino ha preso: *(possibile più di una risposta)*

☐ Latte materno	☐ Latte artificiale o di formula
☐ Latte fresco (di mucca, di capra ecc)	☐ Altri liquidi (acqua, the, camomilla, tisane, succhi di frutta)

2. Numero di poppate al giorno: |__|__|

3. Il bambino mangia anche alimenti diversi dal latte? ☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

☐ frutta

☐ altro (specificare) _____

4. Quante ore dorme il bambino di giorno? |__|__|

5. Quante ore dorme il bambino di notte? |__|__|

6. Il bambino si sveglia di notte? ☐ sì ☐ no

Se sì, normalmente quante volte? |__|__|

7. Dove dorme <u>di notte</u> il bambino? *(anche più di una risposta se per es. viene spostato da un luogo ad un altro durante la notte)*

☐ nella culla/lettino nella stanza di mamma e papà	☐ nella culla/lettino nella propria stanza	☐ nel letto di mamma e papà

8. Come viene messo di solito a dormire il bambino? *(possibile una sola risposta)*

☐ a pancia in giù	☐ a pancia in su	☐ di lato o sul fianco

9. Il bambino usa il ciuccio, succhiotto? ☐ sì ☐ no

10. In casa si fuma anche solo qualche volta in presenza del bambino? ☐ sì ☐ no

Quinto mese

Hai compilato la scheda del quinto mese all'interno del Diario? ☐ sì ☐ no

Se sì, scrivi qui la data di compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Se no, puoi rispondere alle domande in base al tuo ricordo del mese di osservazione.

1. Nelle ultime 24 ore il bambino ha preso: *(possibile più di una risposta)*

☐ Latte materno	☐ Latte artificiale o di formula
☐ Latte fresco (di mucca, di capra ecc)	☐ Altri liquidi (acqua, the, camomilla, tisane, succhi di frutta)

2. Numero di poppate al giorno: |__|__|

3. Il bambino mangia anche alimenti diversi dal latte? ☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

☐ frutta
☐ altro (specificare) _____

4. Quante ore dorme il bambino di giorno? |__|__|

5. Quante ore dorme il bambino di notte? |__|__|

6. Il bambino si sveglia di notte? ☐ sì ☐ no

Se sì, normalmente quante volte? |__|__|

7. Dove dorme di notte il bambino? *(anche più di una risposta se per es. viene spostato da un luogo ad un altro durante la notte)*

☐ nella culla/lettino nella stanza di mamma e papà	☐ nella culla/lettino nella propria stanza	☐ nel letto di mamma e papà

8. Come viene messo di solito a dormire il bambino? *(possibile una sola risposta)*

☐ a pancia in giù	☐ a pancia in su	☐ di lato o sul fianco

9. Il bambino usa il ciuccio, succhiotto? ☐ sì ☐ no

10. In casa si fuma anche solo qualche volta in presenza del bambino? ☐ sì ☐ no

Sesto mese

Hai compilato la scheda del sesto mese all'interno del Diario? ☐ sì ☐ no

Se sì, scrivi qui la data di compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Se no, puoi rispondere alle domande in base al tuo ricordo del mese di osservazione.

1. Quante ore dorme il bambino di giorno? |__|__|

2. Quante ore dorme il bambino di notte? |__|__|

3. Il bambino si sveglia di notte? ☐ sì ☐ no

Se sì, normalmente quante volte? |__|__|

4. Dove dorme <u>di notte</u> il bambino? *(anche più di una risposta se per es. viene spostato da un luogo ad un altro durante la notte)*

☐ nella culla/lettino nella stanza di mamma e papà	☐ nella culla/lettino nella propria stanza	☐ nel letto di mamma e papà

5. Come viene messo di solito a dormire il bambino? *(possibile una sola risposta)*

☐ a pancia in giù	☐ a pancia in su	☐ di lato o sul fianco

6. Il bambino usa il ciuccio, succhiotto? ☐ sì ☐ no

7. In casa si fuma anche solo qualche volta in presenza del bambino? ☐ sì ☐ no

Primi 6 mesi

Informazioni riassuntive sull'alimentazione dalla nascita ad ora

Ti chiediamo adesso di fare attenzione e utilizzare la documentazione che hai raccolto per la compilazione del questionario.

1. Il bambino è stato allattato al seno o comunque con latte materno? ☐ sì ☐ no

Se sì, per quanti mesi in tutto è stato allattato?

☐ meno di 1 mese	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

2. Per quanti mesi il bambino è stato allattato al seno senza l'aggiunta di latte artificiale, altri liquidi (es. acqua, tisane, the ecc) o di altri alimenti (anche solo frutta)?

☐ meno di 1 mese	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

3. Il bambino ha già assunto alimenti diversi dal latte? ☐ sì ☐ no

Se sì quali di questi alimenti?

Frutta (anche omogeneizzati) ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Biscotti ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Cereali con glutine ☐ sì ☐ no
(a base di frumento, orzo, segale; ad es. pastina, creme multicereali, biscotti, pane, semolino, focaccia)
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Cereali senza glutine (ad es. crema di riso, mais e tapioca) ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Carne o prosciutto (freschi o omogeneizzati o liofilizzati) ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Formaggio, latticini e yoghurt ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Pesce (fresco o omogeneizzato o liofilizzato) ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Uova ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Verdure ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

Legumi (ad es. ceci, fagioli, piselli, lenticchie) ☐ sì ☐ no
Se sì, in quale mese ha iniziato? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ non so/ non ricordo

4. Riporta di seguito il peso e la lunghezza del bambino mese per mese misurati o dal pediatra o al consultorio o che comunque hai riportato nel Diario:

Mese 1	Peso (gr) \|__\|__\|__\|__\|	Lunghezza (cm) \|__\|__\|	Data della misurazione (g./m./a.) \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|__\|__\|	☐ non l'ho misurato
Mese 2	Peso (gr) \|__\|__\|__\|__\|	Lunghezza (cm) \|__\|__\|	Data della misurazione (g./m./a.) \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|__\|__\|	☐ non l'ho misurato
Mese 3	Peso (gr) \|__\|__\|__\|__\|	Lunghezza (cm) \|__\|__\|	Data della misurazione (g./m./a.) \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|__\|__\|	☐ non l'ho misurato
Mese 4	Peso (gr) \|__\|__\|__\|__\|	Lunghezza (cm) \|__\|__\|	Data della misurazione (g./m./a.) \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|__\|__\|	☐ non l'ho misurato
Mese 5	Peso (gr) \|__\|__\|__\|__\|	Lunghezza (cm) \|__\|__\|	Data della misurazione (g./m./a.) \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|__\|__\|	☐ non l'ho misurato
Mese 6	Peso (gr) \|__\|__\|__\|__\|	Lunghezza (cm) \|__\|__\|	Data della misurazione (g./m./a.) \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|__\|__\|	☐ non l'ho misurato

5. Nei primi 6 mesi il bambino si è ammalato di:

otite, faringite, infezioni della gola ☐ sì ☐ no	
sibili/fischi al torace ☐ sì ☐ no	**Se sì**, quante volte: \|__\|__\|
bronchite asmatica o asma (diagnosi fatta dal medico) ☐ sì ☐ no	**Se sì**, quante volte: \|__\|__\|
bronchiolite (diagnosi fatta dal medico) ☐ sì ☐ no	**Se sì**, quante volte: \|__\|__\|
bronchite (diagnosi fatta dal medico) ☐ sì ☐ no	**Se sì**, quante volte: \|__\|__\|
broncopolmonite/polmonite (diagnosi fatta dal medico) ☐ sì ☐ no	
diarrea con più di 6 scariche al giorno ☐ sì ☐ no	
febbre > 38° C ☐ sì ☐ no	
convulsioni in presenza di febbre ☐ sì ☐ no	
eczema/dermatite atopica (diagnosi fatta dal medico) ☐ sì ☐ no	
dermatite seborroica/crosta lattea (diagnosi fatta dal medico) ☐ sì ☐ no	
infezioni urinarie (diagnosi fatta dal medico) ☐ sì ☐ no	
reazioni allergiche tipo orticaria, gonfiore immediato (entro 1 ora) ☐ sì ☐ no dopo assunzione di: ☐ latte ☐ uovo ☐ altro alimento _____	

Scrivi di seguito altre malattie che il bambino ha avuto nei primi 6 mesi oltre a quelle che già ti abbiamo chiesto: _____

6. Nei primi 6 mesi il bambino è stato mai ricoverato in Ospedale? ☐ sì ☐ no
(si intende per più di 24 ore)

Se sì:

Qual è stato il numero totale di ricoveri? |__|__|

Quale diagnosi è stata fatta? *(scrivere tutte le diagnosi fatte anche se in più di un ricovero)*

- ☐ otite, faringite, infezioni della gola
- ☐ bronchite asmatica o asma
- ☐ bronchiolite
- ☐ bronchite
- ☐ broncopolmonite/polmonite
- ☐ gastroenterite
- ☐ convulsioni
- ☐ trauma, ferite
- ☐ reazioni allergiche tipo orticaria, gonfiore immediato (entro 1 ora) dopo assunzione di:
 ☐ latte ☐ uovo ☐ altro alimento _____
- ☐ altre diagnosi _____

7. Nei primi 6 mesi il bambino è stato mai portato in Pronto Soccorso? ☐ sì ☐ no

Se sì:

Qual è stato il numero totale di volte in cui è stato portato in Pronto Soccorso?

|__|__|

Per quale motivo o per quali motivi? *(scrivere tutti i motivi)*

- ☐ febbre
- ☐ otite, faringite, infezioni della gola
- ☐ sibili/fischi al torace
- ☐ bronchite asmatica o asma (diagnosi fatta dal medico)
- ☐ bronchiolite (diagnosi fatta dal medico)
- ☐ bronchite (diagnosi fatta dal medico)
- ☐ broncopolmonite/polmonite (diagnosi fatta dal medico)
- ☐ diarrea, vomito
- ☐ coliche gassose
- ☐ convulsioni
- ☐ cadute, ferite, traumi
- ☐ problemi di alimentazione, o scarsa crescita
- ☐ reazioni allergiche tipo orticaria, gonfiore immediato (entro 1 ora) dopo assunzione di:
 ☐ latte ☐ uovo ☐ altro alimento _____
- ☐ altri motivi _____

8. Nei primi 6 mesi quali di questi farmaci ha assunto il bambino?

☐ vitamina D	qual è il nome? _____ _____ per quanti mesi in totale? \|__\|
☐ altre vitamine	qual è il nome? _____ _____ per quanti mesi in totale? \|__\|
☐ antibiotici	qual è il nome? _____ _____ in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo quando ha preso antibiotici aveva almeno in una occasione anche: ☐ fischi e sibili nel torace oppure una diagnosi di bronchiolite o di bronchite asmatica, o di asma
☐ paracetamolo (ad es. Tachipirina)	qual è il nome? _____ _____ in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo quando ha preso paracetamolo aveva almeno in una occasione anche: ☐ fischi e sibili nel torace oppure una diagnosi di bronchiolite o di bronchite asmatica, o di asma
☐ ibuprofene (ad es. Nurofen, Antalfebal, Sinifev)	qual è il nome? _____ _____ in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo quando ha preso ibuprofene aveva almeno in una occasione anche: ☐ fischi e sibili nel torace oppure una diagnosi di bronchiolite o di bronchite asmatica, o di asma
☐ antistaminici (ad es. Tinset)	qual è il nome? _____ _____ per quanti giorni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo
☐ pomate per la pelle a base di cortisone	qual è il nome? _____ _____ per quanti giorni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo
☐ farmaci o rimedi omeopatici	qual è il nome? _____ _____

Scrivi di seguito altri farmaci che il bambino ha assunto nei primi 6 mesi oltre a quelli che già ti abbiamo chiesto: _____ _____ _____

9. Il bambino ha frequentato l'asilo nido? ☐ sì ☐ no

Se sì, con quale orario? ☐ tempo parziale (solo la mattina) ☐ tempo pieno (mattina e pomeriggio)

A quale mese ha iniziato? |__|

Ultime 24 ore

Ti chiediamo adesso di dirci cosa e quanto il bambino ha mangiato nelle ultime24 ore.

Attenzione: ci interessa la quantità reale che ha mangiato e non quella che è stata preparata.

1. Il tuo bambino nelle ultime 24 ore si è ammalato? ☐ sì ☐ no

2. Nelle *ultime 24 ore* il bambino ha preso:

☐ Latte materno	numero di poppate: \|__\|__\|
☐ Latte artificiale o formula	numero di poppate: \|__\|__\| quantità indicativa per poppata (ml): \|__\|__\|__\| nome preciso del latte (marca e tipo): _____ _____
☐ Latte fresco (di mucca, capra ecc)	numero di poppate: \|__\|__\| quantità indicativa per poppata (ml): \|__\|__\|__\| hai diluito il latte con acqua? ☐ sì ☐ no

3. Nelle *ultime 24 ore* il bambino ha bevuto:

☐ Acqua, the, camomilla, tisane non zuccherate
☐ Acqua, the, camomilla, a cui aggiungi lo zucchero, o tisane zuccherate (ad es. con destrosio, saccarosio, glucosio)
☐ Succhi di frutta in commercio

4. Quali dei seguenti alimenti diversi dal latte il bambino ha mangiato nelle ultime 24 ore?

☐ Frutta (anche omogenizzati)	
☐ Verdura	
☐ Legumi (ad es. ceci, fagioli, piselli, lenticchie)	
☐ Cereali (ad es. pastina, crema di riso, di mais e tapioca o multicereali, pane)	
☐ Biscotti	
☐ Carne fresca o prosciutto o pesce fresco	quanti grammi complessivamente nelle ultime 24 ore? \|__\|__\|__\| se non conosci i grammi, quanti cucchiaini da the nelle ultime 24 ore? \|__\|__\|__\|
☐ Carne (compreso tacchino, coniglio, agnello) o pesce liofilizzati	quanti flaconi complessivamente nelle ultime 24 ore? ☐ 1/2 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 o + ☐ non so/non ricordo

☐ Carne (compreso tacchino, coniglio, agnello) o pesce omogeneizzati	che tipo di vasetto? ☐ 80 gr. ☐ 120 gr. quanti vasetti complessivamente nelle ultime 24 ore? ☐ 1/2 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 o + ☐ non so/non ricordo
☐ Parmigiano grattugiato	quanti cucchiaini da the nelle ultime 24 ore? \|__\|__\|__\|
☐ Formaggio fresco (ad es. ricotta, stracchino, crescenza, ecc)	quanti grammi nelle ultime 24 ore? \|__\|__\|__\|
☐ Formaggio omogeneizzato	quanti vasetti complessivamente nelle ultime 24 ore? ☐ 1/2 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 o + ☐ non so/non ricordo
☐ Rosso d'uovo	quanto rosso complessivamente nelle ultime 24 ore? ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 1 ☐ 2 ☐ non so/non ricordo
☐ Uovo intero (rosso e albume)	quanto uovo intero complessivamente nelle ultime 24 ore? ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 1 ☐ 2 ☐ non so/non ricordo
☐ Altri alimenti	quali? _____ _____

Data di fine compilazione: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

Chi ha compilato il questionario? ☐ mamma ☐ papà ☐ mamma e papà insieme

Commenti:

Grazie

per la compilazione!

Unità operative coinvolte nel progetto

LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

REGIONE LAZIO

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

BURLO

MEYER
Azienda Ospedaliero-Universitaria

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Cnesps

Maternità Ospedale Infantile Regina Margherita S. Anna di Torino, Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo - Trieste, Ospedale Cristo Re dell'Istituto Figlie di Nostra Signora a Monte Calvario - Roma, Casa di Cura Città di Roma, Ospedale Versilia - USL12 di Viareggio.

OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA S.ANNA DI TORINO

SST Azienda Sanitaria Firenze
Servizio Sanitario della Toscana

BURLO

FIGLIE DI N.SIGNORA AL MONTE CALVARIO

SST Azienda USL 12 Viareggio
Servizio Sanitario della Toscana

Progetto finanziato da

Ministero della Salute

ccm

CONTATTI

La responsabilità scientifica del progetto è affidata al
Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio ASL RME

I recapiti telefonici o i contatti degli ospedali coinvolti nel progetto e dei centri operativi sono consultabili sul sito internet:
www.piccolipiu.it

Il progetto è stato approvato dal Comitati Etici di tutti i Centri, compreso quello del Centro coordinatore. I dati personali saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica, solo da personale autorizzato e nel rispetto della normativa vigente per la protezione dei dati personali (D.Lgs n.196/2003)