



Programma Nazionale di Ricerca 50
(PNR50)

Studio nazionale sulla fertilità in Svizzera

Questionario indirizzato al reclutando

Numero dello studio :

Data:

QUESTIONARIO

Progetto Nazionale di Ricerca (PNR 50)

DIMINUZIONE DELLA FERTILITÀ MASCHILE NELLE DIVERSE REGIONI GEOGRAFICHE DELLA SVIZZERA:

Questo questionario fa parte di uno studio scientifico che, ci auguriamo, permetterà di identificare quali sono le variabili che possono compromettere le facoltà riproduttive maschili, con particolare riguardo allo stile di vita, le attività professionali e la storia clinica dei soggetti analizzati.

Uno degli scopi di questo studio è di acquisire una migliore conoscenza della problematica, per poter aiutare più efficacemente le coppie con problemi d'infertilità.

Alcune domande potrebbero sembrarvi difficili, ma cercate di rispondere il più precisamente possibile, per questa ragione il questionario vi è stato appositamente inviato direttamente a casa. Se decidete di partecipare alla fase clinica dello studio, non esitate a porre tutte le eventuali domande durante il colloquio che avrete con i medici. **Siete, ben inteso, liberi di non rispondere alle domande che non ritenete opportune.**

Un altro questionario riguarda la vita e la salute di vostra madre nel periodo della gravidanza; è importante che lei risponda ad alcune domande. Questo questionario deve essere rispedito separatamente tramite l'apposita busta di risposta allegata.

Le vostre risposte saranno trattate come confidenziali e il vostro nome non sarà mai associato alle risposte. Il questionario verrà utilizzato a fini statistici e attraverso questo non sarà possibile identificarvi.

La vostra partecipazione allo studio è volontaria. E' importante che rispondiate alle domande del questionario nel modo più rigoroso possibile.

A. DOMANDE GENERALI

A1. Qual è la vostra data di nascita

Anno 19.....

A2.1. Dove vivete attualmente (nella vita civile) ?

Città/paese CP

A2.2. Da quanto tempo vivete in questa località ?

..... anni

A2.3. Avete vissuto altrove durante gli ultimi due anni ?

Città /paese CP Cantone/Stato

Città /paese CP Cantone/Stato

Città /paese CP Cantone/Stato

A2.4. Dove siete nati?

Città /paese CP Cantone/Stato

A2.5. Dove abitavano i vostri genitori nel periodo in cui vostra madre era incinta ?

Città /paese CP Cantone/Stato

Non lo so

A3. Come descrivereste il vostro stato di salute ?

Eccellente

Buono

Medio

Pessimo

A4. Un medico vi ha mai diagnosticato una delle seguenti patologie ?

(Se si, precisare l'anno della diagnosi e il trattamento che vi è stato somministrato)

	No	Si	Non so	Anno	Trattamento
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatite o altre malattie del fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore (cancro) tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie auto-immuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma, bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Nel corso degli ultimi tre mesi, per la durata di una settimana o più, avete preso quotidianamente dei farmaci o degli integratori alimentari (tipo ormoni o steroidi anabolizzanti per lo sviluppo o il mantenimento della muscolatura) ?

- No
 Si

Se si, quale(i) :

Nome del farmaco:	Malattia trattata :	Dosaggio :
<i>Esempio : Aspirina</i>	<i>Dolori muscolari</i>	<i>1 pastiglia 3 volte/giorno per 7 giorni</i>
.....
.....
.....
.....

A6. Negli ultimi tre mesi, avete avuto la febbre a 38 °C gradi o più per almeno 24 ore ?

- No **Passate alla domanda A10**
 Si
 Non so **Passate alla domanda A10**

A7. Se sì, quanti gradi di temperatura ?

..... °C

A8. Per quanto tempo è durata la febbre ?

..... giorni

A9. Qual è stata la causa ?

.....

A10. Quali sono il vostro peso e la vostra altezza ?

Peso : kg

Altezza: cm

A11. Avete dei fratelli e/o delle sorelle (in caso negativo, segnare 0) ?

Fratello(i) :

Sorella(e) :

A12. Siete a conoscenza di problemi di salute nella vostra famiglia (*genitori, nonni, zii, ...*) ?

No

Passare alla sezione C

Sì

se sì, quale(i) :

Non so

.....

La sezione B è rappresentata dal questionario rivolto ai genitori.

C. SALUTE DELL'APPARATO RIPRODUTTORE

C1. Occasionalmente, uno o due testicoli si spostano dallo scroto verso l'alto (*inguine*) e dovete rimetterli al loro posto manualmente ?

- | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> | |
| Si, entrambi | <input type="checkbox"/> | Con quale frequenza ? |
| Si, il sinistro | <input type="checkbox"/> | Con quale frequenza ? |
| Si, il destro | <input type="checkbox"/> | Con quale frequenza ? |

Siete nati con entrambi i testicoli in posizione corretta (*nella borsa scrotale*) ?

- | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> | |
| Si | <input type="checkbox"/> | Passate alla domanda C4 |
| Non so | <input type="checkbox"/> | Passate alla domanda C4 |

C2. Quando siete nati, uno o due dei testicoli non erano in posizione corretta (*nella borsa scrotale*) ?

- | | |
|--|--------------------------|
| Un testicolo non era nello scroto | <input type="checkbox"/> |
| I due testicoli non erano nello scroto | <input type="checkbox"/> |
| Non so | <input type="checkbox"/> |

C3. In caso di non discesa (testicoli in posizione scorretta), avete ricevuto un trattamento per la discesa dei testicoli o sono scesi spontaneamente ? Se è stato necessario, quando è cominciato il trattamento ?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| No, sono scesi spontaneamente, non c'è stato bisogno di trattamento | <input type="checkbox"/> | |
| Si, entrambi, grazie a una terapia ormonale | <input type="checkbox"/> | Anno d'inizio della terapia : |
| Si, entrambi, grazie a un intervento | <input type="checkbox"/> | Anno della 1° operazione : |
| Uno è sceso spontaneamente, l'altro con una terapia ormonale | <input type="checkbox"/> | Anno d'inizio della terapia : |
| Uno è sceso spontaneamente, l'altro grazie a un intervento | <input type="checkbox"/> | Anno della 1° operazione : |
| Non so | <input type="checkbox"/> | |

C4. Avete avuto la parotite (orecchioni) ?

- | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> | Passate alla domanda C7 |
| Si | <input type="checkbox"/> | |
| Non so | <input type="checkbox"/> | Passate alla domanda C7 |

C5. A che età avete avuto gli orecchioni ?

..... anni

C6. Uno o due testicoli sono stati colpiti dall'infezione dovuta agli orecchioni ?

No

Si

Non so

C7. Siete mai stati colpiti nella regione dello scroto in modo così violento da provocarne il gonfiore (per es. calcio durante una partita di pallone, etc.) ? Se sì quando ?

No

Si

Non so

Anno :

C8. Siete mai stati operati per una delle seguenti patologie ? Se sì, indicare l'anno della 1° operazione.

	No	Si	Non so	Anno
Ernia inguinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varici scrotali (varicocele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsione dei testicoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore testicolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipospadi (orifizio uretrale anormale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie del pene, dei testicoli, del tratto urinario o della borsa scrotale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se altri, quali			

C9. Un medico vi ha mai diagnosticato una delle seguenti patologie ? Se si, indicare l'anno della diagnosi

	No	Si	Non so	Anno
Infezione dei testicoli o dell'epididimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione del tratto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione della prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrea (scolo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione da Chlamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varici scrotali (varicocele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernia inguinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se altre, quali ?			

C10. Quando avete cominciato ad avvertire i seguenti segni della pubertà ? Prima, più tardi o nello stesso periodo dei vostri compagni ? Se vi ricordate l'età che avevate al momento di questi avvenimenti, indicatela.

	Prima	Più tardi	Stesso periodo	Non so	Età
Cambiamento di voce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento della misura del pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento della misura dei testicoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sviluppo della pelosità pubica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C11. Avete uno dei seguenti problemi sessuali e se si, con quale frequenza ?

	Spesso	Talvolta	Mai	Non so
Il sesso non mi interessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di erezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eiaculazione precoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna eiaculazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se altri, quali ?			

C12. Quel è la frequenza settimanale dei vostri rapporti sessuali (*masturbazione compresa*) ?

..... rapporti sessuali per settimana

..... masturbazione per settimana

D. STILE DI VITA E ALIMENTAZIONE

Alcuni studi hanno dimostrato l'importanza per la salute dell'individuo, della dieta alimentare e dello stile di vita. Le domande seguenti sono a questo proposito.

D1. Avete fumato in passato o fumate ancora (sigarette, pipa, sigari) ?

- No **Andare alla domanda D4.1**
 Si

D2. Quante sigarette, sigari o pipe fumate in media al giorno ?

- sigarette al giorno
 sigari al giorno
 pipe al giorno

D3.1. Da quanti anni fumate ? Se avete smesso di fumare per un certo periodo, toglietelo dal conteggio.

..... anni

D3.2. Se avete smesso di fumare: per quanti anni avete fumato e quanto ?

..... numero di sigarette (o altro) in media al giorno per anni

D4. 1. Avete consumato le seguenti sostanze nell'ultima settimana e in quali quantità? In caso di non consumo segnare 0

Birra	.....	bottiglie/settimana (25 cl = 1 bottiglia)
Vino	.....	bicchieri/settimana (10 cl = 1 bicchiere)
Super alcolici	.....	drinks/settimana (2 cl = 1 drink)
Marijuana	.....	volte/settimana
Cocaina, crack o altre droghe	.....	volte/settimana
Limonata con alcool (p. es. Smirnoff, ...)	.....	bottiglie/settimana (33 cl = 1 bottiglia)
Limonata con caffeina (p. es Coca, ...)	.....	bottiglie/settimana (1 l = 1 bottiglia)
Limonata dietetica	.....	bottiglia/settimana (1 l = 1 bottiglia)
Cioccolata	.....	barretta/settimana (1 barretta = 1 Mars)

D4.2. Avete consumato le seguenti sostanze nell'ultima settimana e in quali quantità? In caso di non consumo segnare 0

Caffè tazze/giorno
Tè tazze/giorno
Cioccolata tazze/giorno

D5. Siete vegetariano ?

No **Andate alla domanda D8**
Si

D6. Per quanto tempo avete seguito una dieta vegetariana ?

..... mesi e/o anni

D7. Consumate i seguenti prodotti ?

	No	Si
Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latticini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. Bevete latte ? Compreso il latte preso con i cereali o il caffè/tè.

No **Andate alla domanda D11**
Si

D9. Mediamente quanti litri di latte bevete al giorno ? Compreso il latte preso con i cereali o il caffè/tè. E' possibile rispondere anche 1/4 o 1/2 litro.

..... litri/giorno

D10. Con che frequenza consumate i prodotti seguenti ?

	Spesso	Talvolta	Raramente o mai
Latte intero (non scremato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latte parzial. scremato, drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latte scremato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latte di soia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri tipi di latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se altri, quali ?		

D11. Mediamente con che frequenza consumate gli alimenti seguenti ?

	Mai	1-3 volte/ mese	1 volta/ settimana	2-3 volte/ settimana	1 volta/ giorno	Più volte/giorno
Yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burro sul pane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burro da cucina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tofu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soia al posto della carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumi (piselli, lenticchie.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagioli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesce magro ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesce grasso ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollo, tacchino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manzo, vitello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agnello, Maiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Pesci magri : luccio, merluzzo, passera, orata, limanda, nasello, persico, razza, san pietro, sogliola, trota, ...

(2) Pesci grassi : salmone, sardine, tonno rosso, trota salmonata, anguilla, aringa sgombro, ...

D12. Con che frequenza sostituite i seguenti prodotti con dei prodotti vegetariani ?

	Spesso	Talvolta	Raramente o mai
Latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latticini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D13. Lavate la frutta o la verdura prima di consumarla (*cruda o cotta*) ?

- La maggior parte delle volte
 Talvolta
 Raramente o mai

D14. Quante ore alla settimana trascorrete in uno spazio con fumo (*bar, ristoranti, ...*) ?

..... ore/settimana

E. EDUCAZIONE, PROFESSIONE E TEMPO LIBERO

E1. Qual è il vostro livello di scolarità ?

- Scuola elementare o meno
 Scuola media
 Liceo
 Scuola professionale
 Alta scuola professionale
 Università e Politecnico

E2. Per quanti anni in totale avete frequentato la scuola ? (Università = scuola)

..... anni

E3. Frequentate ancora la scuola ? (Università = scuola)

No

Si

**E4.1. Mediamente quante ore alla settimana avete riservato al lavoro negli ultimi 3 mesi ?
(Incluso il lavoro scolastico)**

..... ore/settimana

E4.2. Che lavoro fate (mestiere)?

.....

E5. Quale periodo della giornata avete dedicato al lavoro durante gli ultimi 3 mesi ?

Durante la giornata (dalle 6h00 alle 17h00)

Alla sera (dalle 17h00 – mezzanotte)

Durante la notte (mezzanotte – 6h00)

Rotazione regolare

Orario variabile

Studente (di giorno, ma anche di sera o di notte)

E6. Qual è stata la vostra posizione al lavoro negli ultimi 3 mesi ? (Sono possibili più scelte).

Seduto in macchina ore/giorno

Seduto alla scrivania ore/giorno

In piedi ore/giorno

In movimento ore/giorno

Alternanza di posizione seduta e in movimento ore/giorno

E7.1 Durante gli ultimi 3 mesi, quante volte avete esercitato le seguenti attività o lavorato con i seguenti prodotti ?

	Ogni giorno	Ogni settimana	Raramente o mai
Verniciare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imbiancare (muri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saldatura (metallo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fresatura, levigatura (lavoro) del metallo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sgrassatura del metallo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sgrassatura mediante solventi organici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incollare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saldatura di PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbicidi o pesticidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sviluppo di fotografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodotti anestetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro in laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro a temperature superiori ai 50°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione ai raggi X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi siete sentiti tristi o demoralizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E7.2. Durante gli ultimi 3 mesi, avete utilizzato altri prodotti chimici o siete stati in contatto con delle sorgenti d'onde elettromagnetiche o ad alto voltaggio ?

No

Si

Se si, quali :

.....

E8. Durante gli ultimi 3 mesi avete utilizzato i seguenti prodotti e, se si, quante volte ?

	No	Si	Non so	Numero di volte
Placchette anti-mosche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spray anti-mosche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spray insetticidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polvere contro le formiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collare anti-pulci o saponi per cani e gatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E9.1. Avete un telefono cellulare (Natel) ?

- No
Si

E9.2. Con che frequenza utilizzate il vostro telefono cellulare (Natel) ?

- Più di 20 volte al giorno
Da 10 e 20 volte al giorno
Da 5 e 10 volte al giorno
Da 1 a 5 volte al giorno
Qualche volta alla settimana
Raramente

E9.3. Quando non usate il cellulare (Natel), dove lo tenete più frequentemente (una sola risposta possibile) ?

- Alla cintura
Nella tasca dei pantaloni
Nella tasca interna della giacca
Altri posti precisare p.f.

F. GRAVIDANZE CON VOSTRA MOGLIE/COMPAGNA

F1. Siete stati già responsabili di una gravidanza (condotta a termine o meno) ?

- No
Si Se si, quante volte ?

F2. Avete già volontariamente cercato di avere un bambino ?

- No **Andare alla Fine !**
Si

F3. Ci siete riusciti ?

No

Andare alla domanda F5

Si

F4. Per quanto tempo avete provato ad avere un bambino prima di riuscirci (numero di mesi senza contraccezione) ?

Numero di mesi

Andare alla domanda F6

F5. Per quanto tempo avete provato ad avere un bambino prima di rinunciarvi (numero di mesi senza contraccezione) ?

Numero di mesi

F6. La vostra partner ha eseguito degli esami medici legati alla fecondazione ?

No

Si

Andare alla fine !

Se si, quale(i)

F7. La vostra partner è stata sottoposta a dei trattamenti per aiutare la fecondazione ?

No

Si

Se si, quali

Scrivere qui le vostre osservazioni riguardanti la vostra professione, lo stile di vita o la salute che possono essere d'interesse nell'ambito di questo studio.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Qual è la vostra motivazione a partecipare a questo studio ?

.....
.....
.....

MOLTE GRAZIE PER LA VOSTRA COLLABORAZIONE