



Programma Nazionale di Ricerca 50
(PNR50)

Studio nazionale sulla fertilità in Svizzera

Questionario indirizzato ai genitori dei reclutandi

Numero dello studio :

Data:

QUESTIONARIO

Progetto Nazionale di Ricerca (PNR 50)

DIMINUZIONE DELLA FERTILITÀ MASCHILE NELLE DIVERSE REGIONI GEOGRAFICHE DELLA SVIZZERA:

Molti scienziati ritengono che i fattori ambientali durante la vita intra-uterina possano essere importanti per lo sviluppo e la salute futura dell'uomo. Per esempio, le condizioni di lavoro e lo stile di vita della madre durante la gravidanza possono influenzare in modo significativo la salute attuale di un giovane adulto.

Tutte le domande riportate in seguito fanno riferimento esclusivamente al figlio che partecipa allo studio, definito come « vostro figlio ». Se doveste avere il minimo dubbio sulle risposte, vogliate indicare la casella « Non so ».

Vi ringraziamo sentitamente per aver voluto dedicare parte del vostro tempo a rispondere a questo questionario che sarà di grande utilità e servirà a rispondere a domande importanti per tutta la collettività.

GRAVIDANZA E PRIMO ANNO DI VITA

B1.1. Dove è nato vostro figlio ?

Città/paese CP Cantone/Stato.....

Non so

B1.2. Dove ha vissuto il suo primo anno di vita ?

Città /paese CP Cantone/Stato.....

Città /paese CP Cantone/Stato.....

Non so

B2. Dove avete abitato durante la gravidanza ?

Città/paese CP Cantone/Stato.....

Non so

B3.1. Dove siete nata ?

Città/paese CP Cantone/Stato.....

Non so

B3.2. Dove è nato il padre di vostro figlio ?

Città/paese CP Cantone/Stato.....

Non so

B4. Qual è il vostro anno di nascita e quello del padre di vostro figlio ?

Anno di nascita della madre

Anno di nascita del padre

B5. Eravate fumatrice durante la gravidanza ?

No

Si

B6. Il padre di vostro figlio fumava mentre voi eravate incinta ?

- No
Sì
Non so

B7. Quando vostro figlio era piccolo, voi o il padre del bambino o qualche altra persona che viveva nella vostra abitazione, fumava ? (Mettete più di una croce se più di una persona fumava) ?

- No, non fumava nessuno
Sì, la madre:
Sì, il padre:
Sì, un altro membro della famiglia:
Non so:

B8. Quanto è durata la vostra gravidanza ?

Settimane : o mesi :

Vostro figlio è nato :

- Prematuro (meno di 37 settimane)
A termine (tra 37 e 42 settimane)
Post-maturo (42 settimane o più)
Non so

B9. Qual era il peso e la misura di vostro figlio alla nascita ?

Peso : kg misura : cm

- Il peso era ?**
- Molto leggero (meno di 2500 g)
Normale (tra 2500 e 4000 g)
Molto pesante (più di 4000 g)
Non so

B10. Vostro figlio ha fratelli o sorelle gemelli/e o trigemini?

- No **Andare alla domanda B12**
- Si

B11. Di che sesso è il secondo gemello o gli altri trigemini ?

2 gemello o 2 trigemino:

- Maschio
- Femmina

3° trigemino :

- Maschio
- Femmina

B12.1. Quante volte siete rimasta incinta prima di concepire vostro figlio (compreso aborti spontanei, gravidanze extra-uterine e interruzioni volontarie di gravidanza) ?

Numero di gravidanze portate a termine (figli vivi o morti alla nascita)

Numero d'IVG, aborti spontanei e gravidanze extra-uterine

B12.2. Quante volte siete rimasta incinta durante la vostra vita (compreso aborti spontanei, gravidanze extra-uterine e interruzioni volontarie di gravidanza) ?

Numero totale di gravidanze portate a termine (figli vivi o morti alla nascita)

Numero totale d'IVG, aborti spontanei e gravidanze extra-uterine

B13. Avete sospeso la contraccezione prima del concepimento di vostro figlio o c'è stato un errore nella contraccezione o non prendevate alcuna precauzione?

- Nessuna contraccezione
- Sospensione della contraccezione prima del concepimento
- Errore nella contraccezione **Andare alla domanda B15**
- Non so

B14. Quanto tempo è trascorso tra la sospensione della contraccezione e il concepimento di vostro figlio ?

..... mesi e/o anni

Se non vi ricordate esattamente, precisate se è trascorso più di un anno.

No, è trascorso meno di un anno

Si, è trascorso più di un anno

Non so

B15. Avete ricevuto un trattamento medico per aiutarvi a rimanere incinta?

No

Si

Se si, precisare che tipo di trattamento :

B16. Avete utilizzato dei contraccettivi orali il mese prima di concepire vostro figlio?

No

Andare alla domanda B18.1

Si

Non so

Andare alla domanda B18.1

B17. Avete continuato a prendere dei contraccettivi orali mentre eravate incinta senza saperlo ?

No

Si

Non so

B18.1. Quanto pesavate prima della gravidanza e qual era la vostra altezza ?

Peso prima della gravidanza kg Altezza cm

Non so

B18.2. Quanti chili avete preso durante la gravidanza ?

Meno di 10 kg

10-15 kg

15-20 kg

20-25 kg

Più di 25 kg

Non so

B19. Lavoravate durante la gravidanza ?

- No
- Si Se si, qual era la vostra occupazione (mestiere)?

B20. Il padre di vostro figlio lavorava durante la vostra gravidanza ?

- No
- Si Se si, qual era la sua occupazione?
- Non so

B21. Avete avuto delle nausee durante la gravidanza ?

- No **Andate alla domanda B23**
- Si
- Non so **Andate alla domanda B23**

B22. Come definireste queste nausee ?

- Leggere
- Medie
- Severe
- Non so

B23. Mangiavate esclusivamente vegetariano durante la gravidanza ?

- No
- Si

B24. Avete avuto alcune delle seguenti complicazioni durante la gravidanza? Se si, quali trattamenti avete ricevuto?

	No	Si	Non so	Trattamento
Sanguinamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minaccia d'aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pre-eclampsia (ipertensione indotta dalla gravidanza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete indotto dalla gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrazioni premature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre complicazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B25.1. Durante la gravidanza avete dovuto affrontare dei gravi problemi quali divorzio, morte di una persona cara, malattia grave vostra o di una persona a voi vicina o dei seri problemi finanziari?

- No
- Si

B25.2. Avete sofferto o soffrite ancora di serie malattie ?

- | | Madre | Padre |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se si, quali : | | |
| | | |

B25.3. Qualche altro componente della vostra famiglia soffre o ha sofferto di gravi malattie ?

- No
- Si
- Non so

Parte materna :

- Se si, quale componente :
- Se si, quale malattia :

Parte paterna :

- Se si, quale componente :
- Se si, quale malattia :

Le domande seguenti riguardano l'allattamento di vostro figlio durante i primi mesi di vita, sia che sia avvenuto al seno che con biberon.

B26. Vostro figlio è stato allattato al seno ?

No

Andare alla domanda B28

Si

B27.1. Per quanto tempo avete allattato esclusivamente al seno (*latte materno come unico alimento*)

Mesi

Non so

B27.2. Per quanto tempo vostro figlio ha continuato ad essere allattato al seno dopo l'introduzione di un supplemento latteo o di un altro tipo di cibo?

Mesi

Non so

B28. Avete dato a vostro figlio latte artificiale (latte in polvere per bebè di diversa composizione, latte di mucca, latte di soia, etc.) ?

No

Andare alla domanda B32

Si

Non so

Andare alla domanda B32

B29. A che età vostro figlio ha ricevuto per la prima volta il latte artificiale ?

Mesi

Non so

B30. Che tipo di latte artificiale è stato utilizzato ?

Formula a base di latte di mucca

Formula a base di latte di soia

Latte speciale per intolleranza al lattosio

Altri tipi (quali)

Marca del latte

Non so

B31. Per quanto tempo avete dato a vostro figlio questo tipo di latte ?

Mesi

Non so

B32. Che tipo di pannolini avete utilizzato ?

- Pannolini usa e getta
- Pannolini in tessuto
- Altri quali :
- Non so
-

B33. Per quanto tempo vostro figlio ha portato i pannolini (anche solamente durante la notte)?

- 1-2 anni
- 3-4 anni
- 5-6 anni
- più di 6 anni
- Non so
-

B34. Avete utilizzato una crema per curare gli eritemi sul culetto del vostro bambino (irritazioni sul culetto dei bambini) ?

- No
- Si
- Non so
-

B35. Vostro figlio ha avuto una o più malattie croniche per le quali ha dovuto essere ricoverato in ospedale o ha avuto bisogno di assistenza medica regolare (per più di una settimana) durante i suoi primi anni di vita ?

- No
- Si Se si, quali malattie :
- Non so
-

Le domande seguenti riguardano le condizioni socio-economiche presenti all'epoca dell'infanzia di vostro figlio (fino all'età di 16 anni).

B36. Con chi ha trascorso la maggior parte del tempo vostro figlio durante la sua infanzia ?

- | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------|
| Madre e padre | <input type="checkbox"/> | |
| Solo la madre | <input type="checkbox"/> | |
| Solo il padre | <input type="checkbox"/> | |
| Madre e suocero | <input type="checkbox"/> | |
| Suocera e padre | <input type="checkbox"/> | |
| I nonni | <input type="checkbox"/> | |
| Altri | <input type="checkbox"/> | chi ? : |

B37. Qual è/era il grado di scolarizzazione delle persone che si sono occupate di vostro figlio quando era piccolo ? Quanti anni di scuola (*tutte le scuole comprese*) hanno frequentato?

	Madre	Padre	Altri (<i>vedi domanda B36</i>)	
			(Esempio : nonno, nonna)	
		
Meno di 7 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – 8 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – 10 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 anni e piu'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B38. Qual è/era il livello di scolarizzazione delle persone che hanno curato vostro figlio quando era piccolo ?

	Madre	Padre	Altri (<i>vedi domanda B36</i>)	
			(Esempio : nonna, nonno)	
		
Nessuno livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificato di Capacità (CFC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CFC con maestria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre scuole professionali (insegnante, infermiere, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingeniere ETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livello universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri diplomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B39. Qual era l'occupazione delle persone che curavano vostro figlio quando era piccolo ?

	Madre	Padre	Altri (<i>vedi domanda B36</i>)	
			(Esempio : nonna, nonno)	
		
Indipendente (contadino, allevatore...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libera professione (notaio, medico, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre professioni indipendenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoravamo insieme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaio qualificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaio non qualificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funzionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre o padre casalinga/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B40. Quando era piccolo, le persone che si occupavano di vostro figlio lavoravano nel pubblico (*impiegato statale*) o nel privato?

	Madre	Padre	Altri (<i>vedi domanda B36</i>)	
			(Esempio : nonna, nonno)	
		
Impiegato nel pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro nel privato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B41. Quanti dipendenti avevano le persone che si sono occupate di vostro figlio da piccolo?
Se nessuno indicare 0**

Dipendenti della madre	
Dipendenti del padre	
altri	(<i>vedi domanda B36</i>)
altri	(<i>vedi domanda B36</i>)
Non so	<input type="checkbox"/>	

B42. Qual era il titolo professionale (mestiere) della persona che si è occupata di vostro figlio quando era piccolo (per es: maestro di scuola,, infermiere, impiegato commerciale, medico, etc.) ?

- Madre
- Padre
- Altri (vedi domanda B36)
- Altri (vedi domanda B36)
- Non so

SALUTE DELL'APPARATO URO-GENITALE DI VOSTRO FIGLIO

Le domande seguenti riguardano lo stato di salute dell'apparato uro-genitale di vostro figlio. Si riferiscono a fatti avvenuti alla nascita o nei primi anni di vita.

C2. Quando vostro figlio è nato, i due testicoli erano in posizione corretta (nella borsa scrotale) ?

- I due testicoli erano nello scroto **Andare alla domanda C4**
- Un testicolo non era nello scroto
- I due testicoli non erano nello scroto
- Non so

C3. In caso di non discesa (uno o due testicoli non erano nello scroto), vostro figlio ha ricevuto una cura medica per far scendere i 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
- Si, entrambi tramite cura ormonale Anno d'inizio della cura :
- Si, entrambi tramite operazione chirurgica Anno della prima operazione :
- Uno è sceso spontaneamente, l'altro grazie a un trattamento ormonale Anno d'inizio della cura :
- Uno è sceso spontaneamente, l'altro è stato operato Anno della prima operazione :
- Non so

C4. Vostro figlio ha avuto la parotite (orecchioni) ?

- No **Andare alla domanda C7**
 Si
 Non so **Andare alla domanda C7**

C5. A che età ha avuto la parotite (orecchioni) ?

..... anni

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

- No
 Si
 Non so

C7. Vostro figlio ha mai subito traumi nella regione genitale così violenti da provocarne il gonfiore (es: calcio durante una partita di pallone, etc.) ? Se sì quando ?

- No
 Si Anno :
 Non so

C8. Vostro figlio è mai stato operato per una delle seguenti patologie ? Se sì, indicare l'anno della prima 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 testicolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore ai testicoli	<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 altre, quali			

