



Health questionnaire preview

Last update: 17th of July 2011

Last english translation: 27th of February 2018 (by Denise Cerne)

Attenzione, leggere le indicazioni per una corretta compilazione

- 1) Nei campi testo si possono inserire al max 4000 caratteri, attenzione agli spazi e ai caratteri speciali
- 2) E' possibile verificare le proprie credenziali al seguente link <https://helpdesk.units.it/changepassword/index.asp>
- 3) La procedura 'Invio e-mail', permette di inviare al proprio indirizzo email la notifica dello stato della propria compilazione del questionario, la procedura va a buon fine se alla propria utenza è associato un indirizzo email riconosciuto dall'Ateneo. (verifica se il campo Email Istituzionale è valorizzato)

Questionario anamnestico in fase di immatricolazione

Per gli studenti delle facoltà di medicina, farmacia e s.m.f.n. che eseguono attività didattica in laboratorio chimico o biologico

Inizio validità: 18/07/2011

Fine validità: 31/12/2099

Stato: Bozza - Domande obbligatorie ancora da compilare: 45

Attention: read the indications for a right compilation

- 1) In text fields you can write 4000 characters at most; be careful to the spaces and the special characters
- 2) It is possible to verify your own credentials at the following link:
- 3) The procedure "send e-mail" allows to send the notification of the state of your own questionnaire's compilation to your own email address; this procedure works if an email address recognized by the Athenaeum is associated with your own user. (verify if the field "institutional email" is filled out)

Anamnesic questionnaire in enrollment phase

For the students of faculty of medicine, pharmacy and mathematical physical and natural sciences (s.m.f.n. in Italian) that perform educational activity in chemical or biological laboratory

State: draft – obligatory questions still to be filled out: 45

Section 1: Personal data

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Stato civile (*)</p> <p>Cellibe/nubile <input type="radio"/></p> <p>Convivente - coniugato/a <input type="radio"/></p> <p>Separato/a - divorziato/a <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Health questionnaire in university enrollment phase</p> <hr/> <p>Marital status (*)</p> <p><input type="radio"/> Single</p> <p><input type="radio"/> Partnered – married</p> <p><input type="radio"/> Separated – divorced</p> <p><input type="button" value="Submit"/> <input type="button" value="Undo"/></p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Numero figli (*)</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Number of children (*)</p> <p><input type="text"/></p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Scolarità (*)</p> <p>Diploma scuola media superiore <input type="radio"/></p> <p>Diploma universitario <input type="radio"/></p> <p>Laurea triennale <input type="radio"/></p> <p>Laurea magistrale <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>School (*)</p> <p><input type="radio"/> High school diploma</p> <p><input type="radio"/> University diploma</p> <p><input type="radio"/> Bachelor's degree</p> <p><input type="radio"/> Postgraduate degree</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Svolge o ha svolto un'attività lavorativa? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì (specificare da quanti anni) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p>Solo in passato (specificare per quanti anni) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Do/did you work? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes (specifying for how many years) <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> Only in the past (specifying for how many years) <input type="text"/></p>

In caso di risposta positiva vengono poste le seguenti richieste:

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>In quale/i settore/i? (*)</p> <p>Industria <input type="checkbox"/></p> <p>Agricoltura <input type="checkbox"/></p> <p>Pesca <input type="checkbox"/></p> <p>Terziario (impiegatizio e commercio) <input type="checkbox"/></p> <p>Servizi (assistenziale) <input type="checkbox"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>In which sector(s)? (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Industry</p> <p><input type="checkbox"/> Agriculture</p> <p><input type="checkbox"/> Fishery</p> <p><input type="checkbox"/> Tertiary sector (office and trade)</p> <p><input type="checkbox"/> Services (assistance)</p>
---	---

quindi si prosegue con le ultime due domande della sezione:

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Attualmente svolge un'attività sportiva? (*)</p> <p>Nessuna <input type="radio"/></p> <p>Amatoriale (specificare quante ore a settimana) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p>Agonistica (specificare quante ore a settimana) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><input type="radio"/> At the present moment do you practice a sports activity? (*)</p> <p><input type="radio"/> None</p> <p><input type="radio"/> Amateur sport (specifying for how many hours per week) <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> Competitive sport (specifying for how many hours per week) <input type="text"/></p>
--	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha ottenuto un'idoneità sportiva agonistica? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p>Solo in passato <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Have you received the assessment of fitness to perform competitive sports? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> Only in the past</p>
--	---

Section 2: Past Medical History and Present one

Questionario anamnestico in fase di immatricolazione

Quali malattie infettive ha avuto?

- Varicella ☐
- Pertosse ☐
- Epatite A ☐
- Mononucleosi ☐
- Parotite ☐
- Epatite B ☐
- Scarlattina ☐
- TBC ☐
- Epatite C ☐
- Morbillo ☐
- Rosolia ☐
- Altre (specificare) ☐

Which infective diseases have you had?

- ☐ Chickenpox
- ☐ Pertussis
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Mononucleosis
- ☐ Mumps
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Scarlet fever
- ☐ TBC
- ☐ Hepatitis C
- ☐ Measles
- ☐ Rubella
- ☐ Other (specifying)

Questionario anamnestico in fase di immatricolazione

Quali vaccinazioni ha effettuato?

- Poliomielite ☐
- Difterite ☐
- Parotite/rosolia ☐
- Pertosse ☐
- Morbillo ☐
- Tetano (indicare la data di ultimo richiamo, nel formato gg/mm/aaaa) ☐
- Epatite B (indicare la data di ultimo richiamo, nel formato gg/mm/aaaa) ☐

Which vaccinations have you done?

- ☐ Poliomyelitis
- ☐ Diphtheria
- ☐ Mumps/Rubella
- ☐ Pertussis
- ☐ Measles
- ☐ Tetanus (indicating the date of last booster, in the dd/mm/yyyy format)
- ☐ Hepatitis B (indicating the date of last booster, in the dd/mm/yyyy format)

Sezione 3: Screening per la tubercolosi

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>E' stato/a a contatto con persone affette da tubercolosi? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you been in contact with people infected by TBC? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
---	---

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha eseguito un test per la tubercolosi? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you performed a TBC test? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
---	--

In caso di risposta positiva, vengono poste le seguenti due domande:

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Che tipo di test per la tubercolosi ha effettuato?</i></p> <p>Tine Test <input type="checkbox"/></p> <p>Mantoux <input type="checkbox"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>What kind of TBC test have you performed?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tine test</p> <p><input type="checkbox"/> Mantoux</p>
--	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Con che esito? (*)</i></p> <p>Negativo/i <input type="radio"/></p> <p>Positivo/i <input type="radio"/></p> <p>Non ricordo <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>With which result? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> Negative</p> <p><input type="radio"/> Positive</p> <p><input type="radio"/> I do not remember</p>
---	--

Poi si prosegue con le seguenti richieste:

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>E' stato vaccinato per la tubercolosi? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you been vaccinated against TBC? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
--	---

Questionario anamnestico in fase di immatricolazione

Ha precedenti familiari di malattie importanti?

- Diabete ☐
Cardiopatie ☐
Ipertensione ☐
Tumori ☐
Allergie ☐

Do you have family history of important diseases?

- ☐ Diabetes
☐ Heart disease
☐ Hypertension
☐ Tumors
☐ Allergies

Section 4: Metabolic/endocrine diseases

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha il diabete? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Do you have diabetes? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha malattie del fegato? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuali <input type="radio"/></p> <p>Pregresse <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have liver diseases? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current ones</p> <p><input type="radio"/> Previous ones</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha malattie renali? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuali <input type="radio"/></p> <p>Pregresse <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have renal diseases? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current ones</p> <p><input type="radio"/> Previous ones</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha malattie della tiroide? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuali <input type="radio"/></p> <p>Pregresse <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have thyroid diseases? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current ones</p> <p><input type="radio"/> Previous ones</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha malattie per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì (specificare) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have diseases for which you took or take drugs continuously? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes (specifying) <input type="text"/></p>

Section 5: blood diseases

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha anemia? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuale <input type="radio"/></p> <p>Pregressa <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have anaemia? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current one</p> <p><input type="radio"/> Previous one</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha alterazione dei globuli bianchi? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuale <input type="radio"/></p> <p>Pregressa <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have any alterations of white blood cells? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current one</p> <p><input type="radio"/> Previous one</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha alterazione delle piastrine? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuale <input type="radio"/></p> <p>Pregressa <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have any alterations of platelets? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current one</p> <p><input type="radio"/> Previous one</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha altre malattie del sangue per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì (specificare) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have blood diseases for which you took or take drugs continuously? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes (specifying) <input type="text"/></p>

Section 6: Respiratory diseases

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha asma? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuale <input type="radio"/></p> <p>Pregressa <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did or do you have asthma? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current one</p> <p><input type="radio"/> Previous one</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha polmonite/broncopolmonite/pleurite? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuali <input type="radio"/></p> <p>Pregresse <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did or do you have pneumonia, broncho-pneumonia, pleurisy? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current ones</p> <p><input type="radio"/> Previous ones</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha altre malattie respiratorie per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì (specificare) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did or do you have respiratory diseases for which you took or take drugs continuously? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes (specifying) <input type="text"/></p>

Section 7: Cardiovascular diseases

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha avuto o ha soffio cardiaco? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuale <input type="radio"/></p> <p>Pregresso <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did or do you have heart murmur? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current one</p> <p><input type="radio"/> Previous one</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha avuto o ha cardiopatie? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuali <input type="radio"/></p> <p>Pregresse <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did or do you have heart diseases? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current ones</p> <p><input type="radio"/> Previous ones</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha avuto o ha ipertensione arteriosa? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Attuale <input type="radio"/></p> <p>Pregressa <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did or do you have arterial hypertension? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Current one</p> <p><input type="radio"/> Previous one</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha avuto o ha altre malattie cardiovascolari per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì (specificare) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did or do you have cardiovascular diseases for which you took or take drugs continuously? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes (specifying) <input type="text"/></p>

Section 8: Diseases of sense organs

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha disturbi dell'udito? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have any hearing disorders? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
---	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha disturbi visivi e oculari? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si, ma non porto né occhiali né lenti a contatto <input type="radio"/></p> <p>Si, e porto occhiali e/o lenti a contatto (specificare da quanti anni) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have any visual disorders or ocular diseases? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes, but I do not wear glasses nor contact lens</p> <p><input type="radio"/> Yes, and I wear glasses and/or contact lens (specifying for how many years) <input type="text"/></p>
--	--

In caso di risposta positiva vengono poste le seguenti domande:

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Vede bene con l'attuale correzione? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Do you see well with the current correction? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
--	---

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha altri problemi oculari?</p> <p>Strabismo <input type="checkbox"/></p> <p>Congiuntiviti <input type="checkbox"/></p> <p>Cheratiti <input type="checkbox"/></p> <p>Glaucoma <input type="checkbox"/></p> <p>Retinopatie <input type="checkbox"/></p> <p>Cataratta <input type="checkbox"/></p> <p>Distacco della retina <input type="checkbox"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have other ocular problems?</p> <p><input type="checkbox"/> Strabismus</p> <p><input type="checkbox"/> Conjunctivitis</p> <p><input type="checkbox"/> Keratitis</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Retinopathies</p> <p><input type="checkbox"/> Cataract</p> <p><input type="checkbox"/> Detachment of the retina</p>
---	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha una visione sfocata da vicino o da lontano? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Do you have a blurry short or long-distance vision? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
---	--

Section 9: Musculoskeletal disorders

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha disturbi muscoloscheletrici? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have any musculoskeletal disorders? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
---	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha traumi importanti (che abbiano comportato/comportano terapie per lunghi periodi o immobilizzazioni)? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have any important traumas (that led/lead to therapies for long periods or to immobilization)? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
---	---

In caso di risposta positiva vengono poste le seguenti richieste (è sufficiente una risposta per tutte tre le domande):

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Per quali tipi di fratture?</p> <p>Polsi/mani <input type="checkbox"/></p> <p>Avambracci/gomiti <input type="checkbox"/></p> <p>Spalle <input type="checkbox"/></p> <p>Ginocchia <input type="checkbox"/></p> <p>Anche/cosce <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide cervicale <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide dorsale <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide lumbosacrale <input type="checkbox"/></p> <p>Caviglie/piedi <input type="checkbox"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>For which kind of fractures?</p> <p><input type="checkbox"/> Wrists/hands</p> <p><input type="checkbox"/> Forearms/elbows</p> <p><input type="checkbox"/> Shoulders</p> <p><input type="checkbox"/> Knees</p> <p><input type="checkbox"/> Hips/femoral</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical spine</p> <p><input type="checkbox"/> Dorsal spine</p> <p><input type="checkbox"/> Lumbosacral spine</p> <p><input type="checkbox"/> Ankles/feet</p>
--	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Per quali tipi di distorsioni?</p> <p>Polsi/mani <input type="checkbox"/></p> <p>Avambracci/gomiti <input type="checkbox"/></p> <p>Spalle <input type="checkbox"/></p> <p>Ginocchia <input type="checkbox"/></p> <p>Anche/cosce <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide cervicale <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide dorsale <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide lumbosacrale <input type="checkbox"/></p> <p>Caviglie/piedi <input type="checkbox"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>For which kind of sprains?</p> <p><input type="checkbox"/> Wrists/hands</p> <p><input type="checkbox"/> Forearms/elbows</p> <p><input type="checkbox"/> Shoulders</p> <p><input type="checkbox"/> Knees</p> <p><input type="checkbox"/> Hips/femoral</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical spine</p> <p><input type="checkbox"/> Dorsal spine</p> <p><input type="checkbox"/> Lumbosacral spine</p> <p><input type="checkbox"/> Ankles/feet</p>
---	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Per quali lussazioni</i></p> <p>Polsi/mani <input type="checkbox"/></p> <p>Avambracci/gomiti <input type="checkbox"/></p> <p>Spalle <input type="checkbox"/></p> <p>Ginocchia <input type="checkbox"/></p> <p>Anche/cosce <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide cervicale <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide dorsale <input type="checkbox"/></p> <p>Rachide lombosacrale <input type="checkbox"/></p> <p>Caviglie/piedi <input type="checkbox"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>For which kind of dislocations?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Wrists/hands</p> <p><input type="checkbox"/> Forearms/elbows</p> <p><input type="checkbox"/> Shoulders</p> <p><input type="checkbox"/> Knees</p> <p><input type="checkbox"/> Hips/femoral</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical spine</p> <p><input type="checkbox"/> Dorsal spine</p> <p><input type="checkbox"/> Lumbar spine</p> <p><input type="checkbox"/> Ankle/feet</p>
---	--

poi il questionario continua come segue:

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Si è sottoposto ad interventi ortopedici? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Did you undergo any orthopedic surgeries? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
--	---

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha dimorfismi degli arti?</i></p> <p>Inferiori <input type="checkbox"/></p> <p>Superiori <input type="checkbox"/></p> <p>Scoliosi/dimorfismo della colonna <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore acuto in sede lombare che costringe al riposo <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore acuto in sede lombare irradiato agli arti inferiori <input type="checkbox"/></p> <p>Ernia discale <input type="checkbox"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Do you have any limb anomalies?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Lower</p> <p><input type="checkbox"/> Upper</p> <p><input type="checkbox"/> Scoliosis/spine anomalies</p> <p><input type="checkbox"/> Acute lumbar pain that force you to rest</p> <p><input type="checkbox"/> Acute lumbar pain spread to the lower limbs</p> <p><input type="checkbox"/> Herniated disc</p>
--	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Attualmente ha disturbi muscoloscheletrici? (*)</i></p> <p>Nessun disturbo <input type="radio"/></p> <p>Disturbi che impediscono le normali attività quotidiane <input type="radio"/></p> <p>Disturbi che impediscono attività sportive <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>At the present moment do you have any musculoskeletal disorders? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> None</p> <p><input type="radio"/> Disorders that interfere with daily activities</p> <p><input type="radio"/> Disorders that interfere with sports activities</p>
--	--

Section 10: Allergies

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha mai avuto sintomi allergici o reazioni da farmaci? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you ever had allergic symptoms or adverse drug reactions? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
--	--

In caso di risposta positiva vengono poste le seguenti domande:

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha mai avuto rinite e/o oculorinite? (*)</i></p> <p>Nessun episodio <input type="radio"/></p> <p>Da bambino/a, poi scomparsi <input type="radio"/></p> <p>Da adulto/a, solo alcuni episodi <input type="radio"/></p> <p>Anche nell'ultimo anno <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you ever had rhinitis and/or oculorhinitis? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No, never</p> <p><input type="radio"/> When I was a child, then they disappeared</p> <p><input type="radio"/> In the adulthood, only few episodes</p> <p><input type="radio"/> Also in the last year</p>
---	---

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha mai avuto asma? (*)</i></p> <p>Nessun episodio <input type="radio"/></p> <p>Da bambino/a, poi scomparsi <input type="radio"/></p> <p>Da adulto/a, solo alcuni episodi <input type="radio"/></p> <p>Anche nell'ultimo anno <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you ever had asthma? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No, never</p> <p><input type="radio"/> When I was a child, then it disappeared</p> <p><input type="radio"/> In the adulthood, only few episodes</p> <p><input type="radio"/> Also in the last year</p>
---	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha mai avuto dermatiti? (*)</i></p> <p>Nessun episodio <input type="radio"/></p> <p>Da bambino/a, poi scomparsi <input type="radio"/></p> <p>Da adulto/a, solo alcuni episodi <input type="radio"/></p> <p>Anche nell'ultimo anno <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you ever had any dermatitis? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No, never</p> <p><input type="radio"/> When I was a child, then they disappeared</p> <p><input type="radio"/> In the adulthood, only few episodes</p> <p><input type="radio"/> Also in the last year</p>
--	--

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha mai avuto orticaria? (*)</i></p> <p>Nessun episodio <input type="radio"/></p> <p>Da bambino/a, poi scomparsi <input type="radio"/></p> <p>Da adulto/a, solo alcuni episodi <input type="radio"/></p> <p>Anche nell'ultimo anno <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you ever had hives (urticaria)? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No, never</p> <p><input type="radio"/> When I was a child, then they disappeared</p> <p><input type="radio"/> In the adulthood, only few episodes</p> <p><input type="radio"/> Also in the last year</p>
--	---

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha eseguito accertamenti per l'allergia? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì, con esito negativo <input type="radio"/></p> <p>Sì, con esito positivo <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you performed any tests for the allergy? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes, with negative result</p> <p><input type="radio"/> Yes, with positive result</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Segue cure per l'allergia? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Do you follow any treatments for the allergy? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha mai notato sintomi dopo l'ingestione di frutta o altri alimenti? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you ever noticed any symptoms after the ingestion of fruit or other food? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>Ha mai notato sintomi dopo il contatto con guanti in lattice, dal dentista, dal ginecologo, gonfiando palloncini, ecc.? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>Have you ever noticed any symptoms after the contact with latex gloves, at the dentist's, at the gynaecologist's, inflating balloons, etc.? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p><i>In famiglia ci sono persone allergiche? (*)</i></p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p><i>In your family, are there allergic people? (*)</i></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>

Section 11: General information

<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha mai presentato uno stato d'ansia o di depressione, per cui ha consultato un medico? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Have you ever had an anxiety or depression state, for which you have consulted a doctor? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha avuto o ha disturbi del sonno? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you have any sleep disorders? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha assunto o assume farmaci per dormire? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did or do you take drugs to sleep? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>E' stato o è donatore di sangue? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì <input type="radio"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Were or are you a blood donor? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>
<p>Questionario anamnestico in fase di immatricolazione</p> <hr/> <p>Ha fatto esami del sangue nell'ultimo anno? (*)</p> <p>No <input type="radio"/></p> <p>Sì, con risultati nella norma <input type="radio"/></p> <p>Sì, con risultati fuori norma (specificare) <input type="radio"/> <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Annulla"/></p>	<p>Did you have blood test in the last year? (*)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes, with normal results</p> <p><input type="radio"/> Yes, with abnormal results (specifying) <input type="text"/></p>

(*) Mandatory compilation