

Codice ISDE

Studio osservazionale sulle concentrazioni di metalli pesanti nelle unghie di bambini residenti in ambito urbano

(Compilare e barrare le voci che interessano)

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita ___ / ___ / ___

Comune di residenza _____

Indirizzo di residenza _____

Pediatra di fiducia: _____

Da quanto tempo risiede a questo indirizzo?

meno di 6 mesi 6 mesi / un anno uno / cinque anni oltre 5 anni

Telefono _____ e-mail _____

Professione dei genitori : Padre _____
Madre _____

Scuola frequentata _____ **Sezione** _____

Indirizzo della Scuola frequentata _____

Strade molto trafficate circostanti l'abitazione:

NO SI (nome della strada) _____

La residenza è a contatto con aree coltivate? SI NO (Se sì: sono prevalentemente orti, vigneti, alberi da frutto, altro ? _____)

Eventuale attività sportiva all'aperto NO SI (quale attività e dove) _____

quante volte alla settimana? 1 2 3 >3

Eventuali allergie note NO SI _____

E' affetto da qualche malattia? NO SI (quali ?) _____

Assume farmaci regolarmente ? NO SI (quali ?) _____

Padre fumatore? NO SI Se Si: cosa fuma _____ quanto/giorno _____

Madre fumatrice? NO SI Se Si: cosa fuma _____ quanto/giorno _____

Esposto al fumo passivo? NO
SI in casa in auto in altri luoghi _____

Tipo di riscaldamento in casa: Termosifone
 Caminetto a _____
 Stufa a pellet
 Altro tipo di stufa _____

Fa uso di apparecchi /protesi ortodontiche? NO SI tipo _____

dal _____

E' portatore di protesi metalliche (chiodi, viti)? NO SI _____ dal _____

Indossa bigiotteria? Mai Occasionalmente Spesso
 Tutti i giorni Anche di notte

Di che tipo? Bracciali (materiale) _____
 Collane (materiale) _____
 Orecchini (materiale) _____

Utilizza rossetti o lucidalabbra?

Mai Occasionalmente Spesso Tutti i giorni

Mangia verdura coltivata vicino a casa? Mai Occasionalmente Spesso Tutti i giorni

Beve acqua confezionata in bottiglia? Mai Occasionalmente Spesso Tutti i giorni

Beve succhi di frutta in tetrapack? Mai Occasionalmente Spesso Tutti i giorni

Segue diete particolari? NO Vegetariana Vegana altro

Al termine dello studio desidera conoscere i risultati delle eventuali analisi individuali effettuate sulle unghie di suo figlio/del suo tutelato ? SI NO

Firma del genitore o tutore _____

(a cura dei ricercatori)

Data taglio preliminare

Data taglio per campionamento
