

QUESTIONARIO

Selezione dei candidati per lo studio dei fattori genetici che influenzano la suscettibilità e la severità della malattia COVID-19

Informazioni demografiche

Nome: Cognome:

Sesso: Maschio Femmina

Data di nascita: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Luogo di nascita: Comune..... Provincia Nazione

Recapito Telefonico:

Indirizzo e-mail:

Comune di domicilio:

Informazioni di contesto

i) Professione:

ii) Lavora\studia in un Comune diverso da quello di domicilio? No Sì

Se **Sì**, indicare il Comune in cui lavora\studia.....

iii) Si sposta abitualmente per motivi di lavoro\studio? No Sì

Se **Sì**, in Italia all'estero

iv) Si sposta abitualmente per altri motivi (es. salute, assistenza a parenti, attività sportiva, etc)? No Sì

Se **Sì**, indicare il\i Comune\i in cui si sposta

Informazioni sullo stato di salute

i) E' fumatore? No Sì In passato

ii) Condizioni mediche rilevanti:

Nessuna Ipertensione Altre malattie cardiovascolari Diabete Sovrappeso

Altre patologie (specificare):

iii) Assume regolarmente farmaci? No Sì

iv) Ha manifestato uno o più sintomi verosimilmente riferibili a COVID-19 negli ultimi mesi (da febbraio 2020 in poi)? No Sì

Sede Legale
Mario Negri Milano

Via Mario Negri, 2 - 20156 Milano
Tel. +39 02 390141
mnegri@marionegri.it

Centro di Ricerche Cliniche
per le Malattie Rare "Aldo e Cele Daccò"
Villa Camozzi

Via G.B. Camozzi, 3 - 24020 Ranica (BG)
Tel. +39 035 45351
villacamozi@marionegri.it

Centro Anna Maria Astori
Parco Scientifico Tecnologico
Kilometro Rosso

Via Stezzano, 87 - 24126 Bergamo
Tel. +39 035 42131
bergamo@marionegri.it

marionegri.it

v) Quali sintomi riconducibili a COVID-19 ha manifestato negli ultimi mesi (da febbraio 2020 in poi?)

- Febbre se **Sì**, indicare la temperatura massima°C
- Brividi Mal di testa
- Mancanza di respiro Dolore al petto
- Tosse secca Tosse grassa Dolore alla gola
- Congestione nasale Rinorrea (naso che gocciola)
- Perdita dell'olfatto Perdita del gusto Congiuntivite
- Dolori muscolari Stanchezza
- Diarrea Nausea Vomito Perdita di appetito
- Altro (indicare quale)

Data indicativa di inizio dei sintomi sopra indicati: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

vi) Ha ancora sintomi verosimilmente riferibili a COVID-19?: No Sì

Se **No**, Data indicativa di fine dei sintomi sopra indicati: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

vii) E' stato curato a domicilio per i sintomi sopra indicati? No Sì

Se **Sì**, ha avuto bisogno di ossigeno (maschera facciale o sondino nasale)? No Sì, durata(gg)

viii) E' stato ricoverato per i sintomi sopra indicati (degenza o terapia sub intensiva)? No Sì

Se **Sì**,

a) Data del ricovero: ____/____/____ (gg/mm/aaaa), durata (gg)

b) Ha avuto bisogno di ossigeno durante il ricovero? No Sì

Se **Sì**,

- Sondino nasale No Sì (gg)

- Maschera di Venturi No Sì (gg)

- Cannula nasale No Sì (gg)

- Casco 'CPAP' No Sì (gg)

- Casco 'BiPAP' No Sì (gg)

c) E' stato trasferito in terapia intensiva durante il ricovero? No Sì, durata (gg)

d) Ha avuto bisogno di trasfusioni durante il ricovero? No Sì

Test di laboratorio per COVID-19:

i) E' stato sottoposto a tampone nasofaringeo? No Sì

Se **Sì**, data primo tampone positivo (se non è mai risultato positivo, non compilare la data)

____/____/____ (gg/mm/aaaa)

ii) E' stato sottoposto a test sierologico per gli anticorpi anti-SARS-COV-2? No Sì

Se **Sì**, Data ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Risultato Negativo Positivo (Immunoglobuline totali o IgG e/o IgM positive)

iii) Ha eseguito altri test sierologici? No Sì

Se Sì,

data ___/___/___ (gg/mm/aaaa) - Negativo Positivo

iv) E' entrato in stretto contatto con persone risultate positive al tampone per COVID-19? No Sì

Se Sì, indicare il grado di parentela o relazione.....

v) E' entrato in stretto contatto con persone con sintomi riconducibili a COVID-19? No Sì

Se Sì, indicare il grado di parentela o relazione.....

Informazioni sui famigliari (per match genetico)

i) MADRE

Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

ii) PADRE

Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

iii) Ha SORELLE/FRATELLI maggiorenni (≥18 anni)? No Sì

Se Sì,

1. Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

2. Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

3. Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

4. Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

5. Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

6. Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

7. Nome: Cognome:.....

Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

8. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
9. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
10. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

iv) Ha FIGLI maggiorenni? (≥18 anni)? No Sì

Se Sì,

1. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
2. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
3. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
4. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
5. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
6. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

7. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
8. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
9. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
10. Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Altro genitore del figlio\la: Nome: Cognome:.....
Data di nascita: ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi del GDPR UE 2016/679)

Preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del GDPR UE 2016/679,

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

nato a _____ il _____

dà il proprio consenso nega il proprio consenso
al trattamento dei dati per finalità relative alla selezione nello Studio per fini di ricerca scientifica

dà il proprio consenso nega il proprio consenso
al trattamento dei dati ai fini di selezione in ulteriori progetti scientifici assimilabili allo Studio e per finalità analoghe, simili o connesse con quelle della ricerca in parola

Data

Firma
