

## ***Nordic Occupational Skin Questionnaire/LONG***

### **Istruzioni ed esempi per gli intervistati**

□ Bisogna rispondere a tutte le domande incorniciate. Se rispondi NO ad una domanda incorniciata, procedi direttamente alla domanda incorniciata successiva.

Non saltare nessuna domanda incorniciata

1. Segna la casella della risposta che ritieni più appropriata, per esempio

no  1

sì  2

2. Segna una sola casella se non diversamente indicato nella domanda, per esempio

**Quando hai avuto per la prima volta un eczema (dermatite) alle mani/polsi/avambracci?**

*(una risposta in ogni colonna se pertinente, fai la miglior stima possibile)*

	Eczema mani	Eczema polsi/avambracci
prima dei 6 anni di età	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
tra i 6 ed i 14 anni di età	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 4
tra i 15 ed i 18 anni di età	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
dopo i 18 anni di età	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

3. Se è presente una domanda aggiuntiva dopo la risposta selezionata, scrivi la tua risposta sulla riga apposita, per esempio

sì  2 **Quando è stata l'ultima volta? 1997 (anni)**

*(fai la miglior stima possibile)*

4. Rispondi alle domande nell'ordine numerico, se non diversamente indicato, dopo la scelta della risposta. Se ci fosse una indicazione (vai direttamente alla domanda numero...) devi andare direttamente alla domanda indicata senza rispondere alle domande che stanno in mezzo, per esempio

no  *(vai direttamente alla domanda S1)*

sì

5. Non prestare attenzione ai numeri a fianco alle caselle. "No" è sempre  1, e "sì" è sempre  2. Le altre caselle sono numerate dal 3 in su.

Intervistato ID: \_\_\_\_\_

- **G1. Posto di lavoro:** \_\_\_\_\_  
**Reparto:** \_\_\_\_\_
- **G2. Sesso:**  
maschio    □    1  
femmina    □    2
- G3. Anno di nascita: 19\_\_**
- **G4. Al momento sei ...?**  
*(solo una risposta)*
- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| occupato                              | □ | 3   |
| lavoratore autonomo/contratto privato | □ | 4   |
| casalinga a tempo pieno               | □ | 5 <i>(vai direttamente alla domanda A1, pag. 3)</i> |
| disoccupato                           | □ | 6   |
| studente                              | □ | 7 <i>(vai direttamente alla domanda G8)</i>         |
| apprendista/tirocinante               | □ | 8   |
| in congedo per maternità/paternità    | □ | 9   |
| pensionato                            | □ | 10 <i>(vai direttamente alla domanda A1, pag.3)</i> |
| Altro, <b>che cosa?</b> _____         | □ | 11  |
- **G5. Qual è la tua attuale occupazione?** \_\_\_\_\_  
**Da quando?** \_\_\_\_\_ *(anno)*
- **G6. Qual è la tua principale mansione al lavoro?** \_\_\_\_\_  
**Da quando?** \_\_\_\_\_ *(anno)*
- **G7. Quante ore a settimana lavori nella tua occupazione principale (in media)?** \_\_\_\_\_ *(ore/sett.)*
- **G8. Svolgi qualche altro lavoro pagato regolarmente?**  
no            □    1  
sì            □    2    **Che tipo di lavoro?** \_\_\_\_\_  
**Quante ore a settimana (media)?** \_\_\_\_\_ *(ore/sett.)*

- **A1. Hai mai avuto, per periodi di almeno 6 mesi, una eruzione cutanea pruriginosa che insorgeva e spariva, e che in certi momenti colpiva le pieghe della pelle? (per pieghe della pelle si intende le pieghe cutanee dei gomiti, della parte posteriore delle ginocchia, delle caviglie, le pieghe della pelle al di sotto dei glutei, della zona intorno al collo, orecchie, occhi)**

no	<input type="checkbox"/>	1
sì	<input type="checkbox"/>	2
non lo so	<input type="checkbox"/>	0
  
- **A2. Hai mai avuto la “febbre da fieno” o altri sintomi da allergia nasale per esempio da pollini o da animali?**

no	<input type="checkbox"/>	1
sì	<input type="checkbox"/>	2
non lo so	<input type="checkbox"/>	0
  
- **A3. Hai mai avuto sintomi allergici agli occhi, causati ad esempio da pollini o animali?**

no	<input type="checkbox"/>	1
sì	<input type="checkbox"/>	2
non lo so	<input type="checkbox"/>	0
  
- **A4. Hai mai avuto asma?**

no	<input type="checkbox"/>	1
sì	<input type="checkbox"/>	2
non lo so	<input type="checkbox"/>	0

<b>L’asma è stata diagnosticata da un medico?</b>	no	<input type="checkbox"/>	1
	sì	<input type="checkbox"/>	2
	<b>Quando?</b>	____(anno)	

□

**D1. Hai mai avuto un eczema (dermatite) alle mani?**

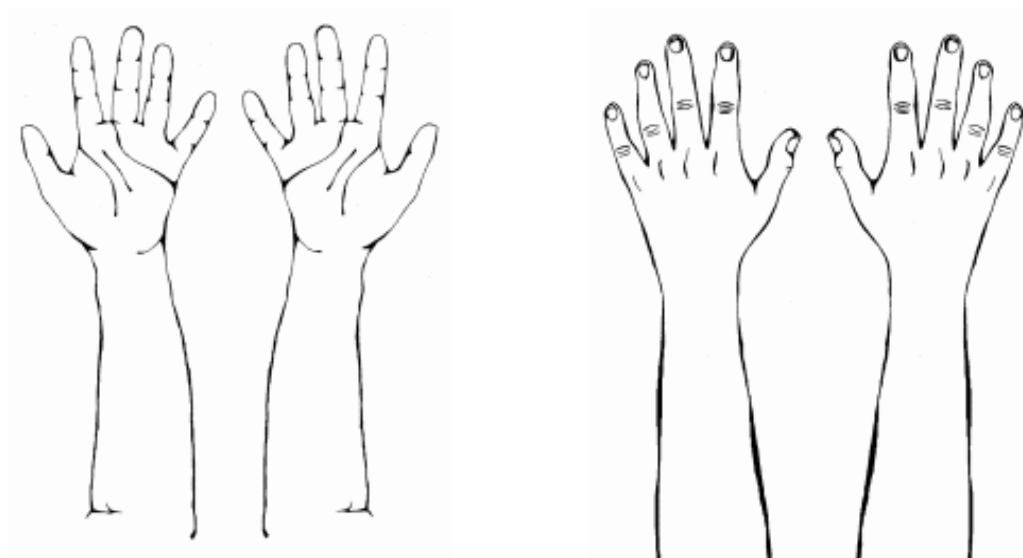
- no      □    1
- sì      □    2

□

**D2. Hai mai avuto un eczema (dermatite) ai polsi o agli avambracci (escludendo la superficie dei gomiti)?**

- no      □    1 (se hai risposto "no" anche alla domanda D1 vai direttamente alla domanda U1, pag.10)
- sì      □    2

**D3. Ombreggia le aree su mani ed avambracci nelle quali hai di solito l'eczema (dermatite) (una o più aree)**



**D4. Quanto spesso hai avuto un eczema (dermatite) alle mani/polsi/avambracci?**

(una risposta per ogni colonna se pertinente)

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
solo una volta e per <u>meno</u> di 2 settimane	□ 3	□ 3
solo una volta ma per di <u>più</u> di 2 settimane	□ 4	□ 4
più di una volta	□ 5	□ 5
sempre (all'incirca)	□ 6	□ 6

**D5. Quando hai avuto per l'ultima volta un eczema (dermatite) alle mani/polsi/avambracci?**

*(una risposta per ogni colonna pertinente)*

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
ce l'ho anche adesso	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
non adesso ma negli ultimi 3 mesi	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
tra i 3 ed i 12 mesi fa	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
più di 12 mesi fa	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>In quale anno è stata l'ultima volta?</b>	____(anno)	____(anno)
<i>(fai la miglior stima possibile)</i>		

**D6. Quando hai avuto per la prima volta l'eczema (dermatite) a mani/polsi/avambracci?**

*(una domanda per ogni colonna se pertinente, fai la miglior stima possibile)*

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
Prima dei 6 anni di età	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Tra i 6 ed i 14 anni di età	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Tra i 15 ed i 18 anni di età	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dopo i 18 anni di età	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>In che anno è iniziato?</b>	____(anno)	____(anno)
<i>(fai la miglior stima possibile)</i>		

***Se l'eczema a mani/avambracci è iniziato prima dei 18 anni vai direttamente alla domanda D10, pag.6***

**D7. Quale pensi fosse la causa del tuo eczema alle mani/polsi/avambracci quando è iniziato? *(cause)***

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
non conosco le cause	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
<b>D8. Qual era il tuo <u>lavoro</u> quando è iniziato l'eczema (dermatite)?</b>		
<i>(lavoro)</i>		
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
<b>D9. Qual era la tua <u>principale attività sul lavoro</u> quando è iniziato l'eczema?</b>		
<i>(attività)</i>		
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**D10. Ti sei fatto visitare da un medico o da un adulto per il tuo eczema (dermatite) a mani/polsi/avambracci?**

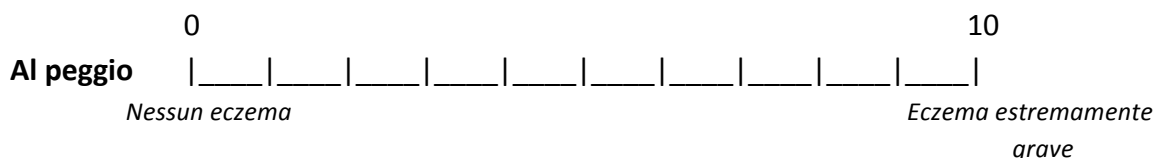
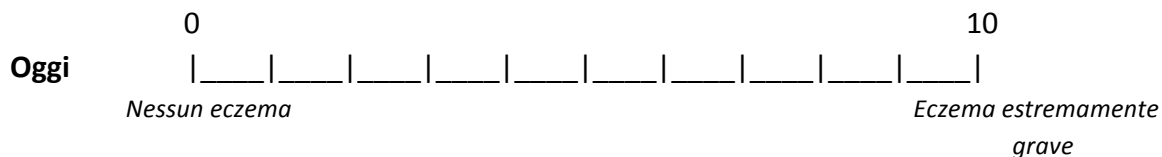
	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
no	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
sì	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Quando è stata l'ultima volta?</b>	_____ <i>(anno)</i>	_____ <i>(anno)</i>
<i>(fai la miglior stima possibile)</i>		

**D11. Durante quale stagione ti crea più problemi l'eczema a mani/polsi/avambracci?**  
*(una o più risposte in ogni colonna se pertinente)*

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
nessuna differenza stagionale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
inverno	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
primavera	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
estate	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
autunno	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

**D12. Come valuti il tuo eczema (dermatite) in una scala 0-10?**

*(metti un segno sulla linea corrispondente alla gravità dell'eczema)*



**F1. Hai notato se il contatto con certi materiali, sostanze chimiche o qualsiasi altra cosa sul tuo posto di lavoro peggiora il tuo eczema? (una risposta per ogni colonna se applicabile)**

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
no	□ 1	□ 1
sì	□ 2	□ 2
<b>Che cosa?</b>	_____	_____
non lo so	□ 0	□ 0

**F2. Hai notato se il contatto con certi materiali, sostanze chimiche o qualsiasi altra cosa al di fuori del tuo posto di lavoro peggiora il tuo eczema? (una risposta per ogni colonna se applicabile)**

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
no	□ 1	□ 1
sì	□ 2	□ 2
non lo so	□ 0	□ 0

**Se hai risposto “no” oppure “non lo so” in entrambe le colonne vai direttamente alla domanda F4, pag.8**

**F3. Al di fuori del posto di lavoro, qual è la cosa che ritieni peggiori maggiormente il tuo eczema (dermatite)? (non segnare più di 5 risposte per ogni colonna)**

	Eczema mani	Eczema polso/avambraccio
sapone, sapone liquido, shampoo, ed altri prodotti di igiene personale	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
detergenti ed altri prodotti di pulizia della casa e di lavanderia	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
manipolazione degli alimenti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
lavorare con le mani bagnate	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
lavaggi frequenti delle mani	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
guanti protettivi	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
manutenzione apparecchiature (per es. macchine), maneggiare oli	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
lavori di costruzione, pittura, tappezzeria, ristrutturazioni e decorazioni	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
giardinaggio, maneggiare piante, terreno, vegetali, bacche, frutti, etc.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
infezioni (raffreddori, influenza o febbre)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
umore, stress	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ciclo mestruale o altri fattori ormonali	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
altro, cosa? _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

**F4. Il tuo eczema migliora quando sei lontano dal tuo lavoro abituale (per esempio nel fine settimana o per periodi più lunghi)? (una risposta per ogni colonna se applicabile)**

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
no	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
sì, qualche volta	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
sì, spesso	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
non lo so	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0



**C1. L'eczema (dermatite) alle tue mani/polsi/avambracci ha in qualche modo condizionato le tue attività giornaliere sul lavoro? Quali delle seguenti affermazioni sono vere?**

*(segna tutte le risposte applicabili)*

per niente  1

**A causa del mio eczema ...**

... devo usare guanti protettivi  2

... i miei compiti lavorativi sono cambiati  2

... ho cambiato lavoro  2

... ho avuto difficoltà nel trovare lavoro  2

... i miei colleghi o datori di lavoro hanno un atteggiamento negativo verso di me  2

... le mie possibilità di lavoro ne sono state influenzate  2

... il mio stipendio è diminuito  2

... sono stato in malattia o comunque lontano dal lavoro  2

**Per quanto tempo negli ultimi 12 mesi sei stato in malattia o comunque lontano dal lavoro a causa dell'eczema? \_\_\_\_\_ (settimane)**

... ho perso il lavoro  2

... mi sono licenziato  2

altre conseguenze, **che cosa?** \_\_\_\_\_  2

**C2. Quanto il tuo eczema (dermatite) ha influenzato la tua vita negli ultimi 12 mesi?**

*(una risposta per ogni riga)*

Nessun effetto   Effetto lieve   Effetto moderato   Effetto grande   Non rilevante

lavoro professionale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
lavori di casa, di tutti i giorni	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
sport ed attività simili	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
altri hobbies ed attività	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
dormire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
spostamenti, viaggi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
attività sociali	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
relazioni interpersonali	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
vita sessuale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
umore	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

**C3. Il tuo eczema (dermatite) ha avuto una influenza negativa sulla tua situazione finanziaria (spese mediche o altre spese correlate, giorni di lavoro persi, capacità lavorative e/o cambi di lavoro)? (solo una risposta)**

- nessun effetto negativo (nessuna spesa o rimborsi completi)  0  
ci sono stati effetti o spese ma non hanno cambiato la mia situazione finanziaria (effetti insignificanti)  2  
qualche perdita finanziaria  3  
perdite finanziarie consistenti  4

**U1. Hai mai avuto ponfi pruriginosi che apparivano e scomparivano rapidamente (in poche ore) sulle tue mani, polsi, avambracci (orticaria o rash da ortiche)?**

- no  1 (vai direttamente alla domanda S1, pag. 12)  
sì  2

**U2. Questi ponfi pruriginosi (orticaria) sulle tue mani/polsi/avambracci erano causati dal contatto della pelle con frutta, vegetali, guanti di gomma, animali, ecc.?**

*(i ponfi sono apparsi pochi minuti dopo il contatto)*

- no  1 (vai direttamente alla domanda S1, pag.12)  
sì  2 dopo il contatto della pelle **con che cosa?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- non lo so  0 (vai direttamente alla domanda S1, pag.12)

**U3. Quanto spesso hai avuto questi ponfi pruriginosi (orticaria) sulle mani/polsi/avambracci?**

(solo una risposta)

- una volta  3  
2-5 volte  4  
più di 5 volte  5

**U4. Quando hai avuto l'ultima volta questi ponfi pruriginosi (orticaria) alle mani/polsi/avambracci? (solo una risposta)**

- negli ultimi 7 giorni  3  
tra 7 giorni e 3 mesi fa  4  
3-12 mesi fa  5  
più di un anno fa  6

**In quale anno?** \_\_\_\_\_ (anno)

(fai la miglior stima possibile)

**U5. Quando hai avuto per la prima volta questi ponfi pruriginosi (orticaria) alle mani/polsi/avambracci? (solo una risposta)**

- prima dei 6 anni di età  3
- tra i 6 ed i 14 anni di età  4
- tra i 15 ed i 18 anni di età  5
- dopo i 18 anni di età  6

**A che età è iniziato?** \_\_\_\_\_ (anno)

(fai la miglior stima possibile)

***Se hai iniziato ad avere questi ponfi pruriginosi (orticaria) prima dei 18 anni di età vai direttamente alla domanda U8***

**U6. Qual era il tuo lavoro quando hai iniziato ad avere i ponfi pruriginosi (orticaria)?**

lavoro \_\_\_\_\_

**U7. Qual era la tua attività principale sul lavoro quando hai iniziato ad avere i ponfi pruriginosi (orticaria)?**

attività principale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**U8. Ti sei fatto visitare da un medico o da un adulto per i tuoi ponfi (orticaria)?**

no  1

sì  2

**Quando è stata l'ultima volta?** \_\_\_\_\_ (anno)

(fai la miglior stima possibile)

**U9. Come valuti la tua orticaria in una scala da 0-10?**

(metti un segno sulla linea corrispondente alla gravità dell'orticaria)

0 10  
**Oggi** |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Nessuna orticaria Orticaria estremamente grave

0 10  
**Al peggio** |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Nessuna orticaria Orticaria estremamente grave

□

**S1. Hai mai avuto uno dei seguenti sintomi alle mani o polsi/avambracci negli ultimi 12 mesi?**

(segna per ogni colonna qualsiasi risposta pertinente)

	Mani	Polsi/avambracci
nessun sintomo negli ultimi 12 mesi	□ 1	□ 1
rossore	□ 2	□ 2
pelle secca con desquamazione	□ 2	□ 2
fessurazioni o tagli	□ 2	□ 2
trasudazioni o croste	□ 2	□ 2
vesciche	□ 2	□ 2
papule	□ 2	□ 2
ponfi che apparivano rapidamente (orticaria)	□ 2	□ 2
prurito	□ 2	□ 2
bruciore, formicolio, pizzicore	□ 2	□ 2
indolenzimento	□ 2	□ 2
dolore	□ 2	□ 2
altro, <b>che cosa?</b> _____	□ 2	□ 2

□

**S2. Hai avuto un rash dopo il contatto della tua pelle con bottoni metallici, fermagli metallici o bigiotteria metallica (per es. orecchini) o altri oggetti metallici? (esclusi i sotto anelli)**

- no            □ 1  
 sì            □ 2

□

**S3. Hai la pelle secca?**

- no            □ 1  
 sì            □ 2

□

**S4. Ti prude la pelle quando sudi?**

- no            □ 1  
 sì            □ 2

□

**T1. Ti è mai stata fatta una diagnosi di allergia da parte di un medico?**

- no                    □    1 (vai direttamente alla domanda E1, pag. 14)  
sì                     □    2  
non lo so           □    0 (vai direttamente alla domanda E1, pag.14)

**T2. Quali allergie ti sono state diagnosticate?**

*Specifica le allergie, solo una per ogni riga. Fai la miglior stima possibile dell'anno*

- \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ (anno)  
\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ (anno)  
\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ (anno)  
\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ (anno)  
\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ (anno)  
\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ (anno)  
\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ (anno)  
non lo so           □    0

**T3. L'allergia/e è stata/sono state diagnosticata/e con ...**

(segna qualsiasi pertinente)

**patch-test** (*i test sono solitamente attaccati nella parte alta della schiena e rimossi dopo 1-2 giorni*)    □    2

**prick-test-cutanei** (*le gocce del test sono solitamente applicate sull'avambraccio e fatte passare attraverso la cute con aghi. I risultati si hanno dopo 15-30 minuti*)    □    2

**test ematici** (*per es. RAST test*)    □    2

altro, **che cosa?** \_\_\_\_\_ □    2

non lo so           □    0

□

**E1. Hai mai usato guanti protettivi nel tuo lavoro?**

- no, mai                    □    1 (vai direttamente alla domanda E5, pag.15)  
sì, li uso attualmente    □    2 **Quante ore/giorno in media?** \_\_\_\_\_ (ore)  
sì, ma non attualmente    □    3

**E2. Quale tipo di guanti usi (o hai usato) nel tuo lavoro?**

(per ogni colonna segna tutte le risposte che ritieni pertinenti)

	Attualmente	Solo in passato
gomma naturale/lattice	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
gomma sintetica (per es. nitrile, neoprene ecc.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
plastica (per es. vinile, PVC, polietilene)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
guanti di cotone indossati sotto ai guanti di gomma/plastica	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
pelle	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
stoffa	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
altro, che cosa?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
non lo so	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**E3. Hai mai avuto sintomi cutanei in seguito all'utilizzo di guanti protettivi?**

no	<input type="checkbox"/> 1 (vai direttamente alla domanda E5)	
sì	<input type="checkbox"/> 2 <b>Quale tipo di guanti?</b>	(segna qualsiasi risposta applicabile)
	gomma naturale/lattice	<input type="checkbox"/> 2
	gomma sintetica	<input type="checkbox"/> 2
	plastica	<input type="checkbox"/> 2
	pelle	<input type="checkbox"/> 2
	altro, <b>che cosa?</b> _____	<input type="checkbox"/> 2
	qualsiasi guanto	<input type="checkbox"/> 2
	non lo so	<input type="checkbox"/> 2

**E4. Hai cambiato tipo di guanti o smesso di usarne un tipo a causa dei sintomi cutanei?**

No	<input type="checkbox"/> 1
sì	<input type="checkbox"/> 2 <b>Quando?</b> _____ (anno)

□

**E5. Che cosa fai o che cosa maneggi attualmente nel tuo lavoro?** (una o più risposte)

Ore al giorno (*in media*)

	<b>Meno di ½</b>	<b>tra ½ e 2</b>	<b>più di 2</b>
lavoro bagnato	□ 1	□ 2	□ 3
preparazione/manipolazione cibo	□ 1	□ 2	□ 3
piante	□ 1	□ 2	□ 3
animali	□ 1	□ 2	□ 3
detergenti	□ 1	□ 2	□ 3
solventi	□ 1	□ 2	□ 3
oli, fluidi da taglio	□ 1	□ 2	□ 3
vernici, lacche, rivestimenti	□ 1	□ 2	□ 3
colle, adesivi	□ 1	□ 2	□ 3
sigillanti, stucco, intonaco, cemento	□ 1	□ 2	□ 3
polvere (polveri di legno, macinazione, carta)	□ 1	□ 2	□ 3
terra, rifiuti, sporcizia	□ 1	□ 2	□ 3
altro			
<b>che cosa?</b> _____	□ 1	□ 2	□ 3
_____	□ 1	□ 2	□ 3
_____	□ 1	□ 2	□ 3
_____	□ 1	□ 2	□ 3
_____	□ 1	□ 2	□ 3
nessuno dei precedenti	□ 1		

□

**E6. Per quante ore al giorno, attualmente, svolgi le seguenti attività al di fuori del tuo lavoro?**  
(segna tutte le risposte applicabili, fai la miglior stima possibile)

Ore al giorno (*in media*)

	<b>0</b>	<b>meno di ½</b>	<b>da ½ a 2</b>	<b>più di 2</b>
preparare cibi	□ 1	□ 3	□ 4	□ 5
pulire o lavare	□ 1	□ 3	□ 4	□ 5
prendersi cura di bambini al di sotto dei 4 anni	□ 1	□ 3	□ 4	□ 5

□

**E7. Quanto spesso hai svolto le seguenti attività al di fuori del tuo lavoro negli ultimi 12 mesi?**  
(segna tutte le risposte che ritieni applicabili, fai la miglior stima possibile)

	Giornalmente	Almeno 1 volta alla settimana	Almeno 1 volta al mese	Meno di 1 volta al mese	Saltuariamente
giardinaggio	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
riparazione macchine/motori	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
costruire/ristrutturare	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
altre attività con esposizione a sostanze chimiche					
<b>che cosa?</b> _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sport					
<b>Quali?</b> _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Hobbies					
<b>Quali?</b> _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

□

**E8. Quante volte ti lavi le mani in una normale giornata lavorativa?**  
(inclusi lavaggi delle mani durante il lavoro ed a casa/fuori dal lavoro)

- 0-5 volte al giorno  3
- 6-10 volte al giorno  4
- 11-20 volte al giorno  5
- più di 20 volte al giorno  6

□

**H1. Diresti che il tuo stato di salute generale, comparato a quello dei tuoi coetanei, è ...**  
(solo una risposta)

- eccellente  3
- molto buono  4
- buono  5
- discreto  6
- scarso  7

□

**H2. Quante persone vivono nel tuo ambiente familiare includendo te stesso?** \_\_\_\_\_ (numero persone)  
Quante di queste persone sono bambini al di sotto dei 4 anni di età? \_\_\_\_\_ (numero persone)



# ***Nordic Occupational Skin Questionnaire/SHORT***

Intervistato ID: \_\_\_\_\_

- 
- G1. Posto di lavoro:** \_\_\_\_\_  
**Dipartimento:** \_\_\_\_\_
- 
- G2. Sesso:**  
maschio    □    1  
femmina    □    2
- G3. Anno di nascita: 19\_\_**
- 
- G5. Qual è la tua attuale occupazione?** \_\_\_\_\_  
Da quando? \_\_\_\_\_ (anno)
- 
- G6. Qual è la tua principale attività al lavoro?** \_\_\_\_\_  
Da quando? \_\_\_\_\_ (anno)
- 
- G7. Quante ore a settimana lavori nella tua occupazione principale (in media)?** \_\_\_\_\_ (ore/sett.)
- 
- G8. Svolgi qualche altro lavoro pagato regolarmente?**  
no            □    1  
sì            □    2    **Che tipo di lavoro?** \_\_\_\_\_  
**Quante ore a settimana (media)?** \_\_\_\_\_ (ore/sett.)

▣

**D1. Hai mai avuto un eczema alle mani?**

- no      ▣ 1  
 sì       ▣ 2

▣

**D2. Hai mai avuto un eczema ai polsi o agli avambracci (escludendo la superficie dei gomiti)?**

- no      ▣ 1 *(se hai risposto "no" anche alla domanda D1 vai direttamente alla domanda A1)*  
 sì       ▣ 2

**D5. Quando hai avuto per l'ultima volta un eczema alle mani/polsi/avambracci?**

*(una risposta per ogni colonna applicabile)*

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
ce l'ho anche adesso	▣ 3	▣ 3
non adesso ma negli ultimi 3 mesi	▣ 4	▣ 4
tra i 3 ed i 12 mesi fa	▣ 5	▣ 5
più di 12 mesi fa	▣ 6	▣ 6
<b>In quale anno è stata l'ultima volta?</b> <i>(fai la miglior stima possibile)</i>	____(anno)	____(anno)

**F1. Hai notato se il contatto con certi materiali, sostanze chimiche o qualsiasi altra cosa sul tuo posto di lavoro peggiora il tuo eczema? *(una risposta per ogni colonna se applicabile)***

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
no	▣ 1	▣ 1
sì	▣ 2	▣ 2
<b>Che cosa?</b>	_____	_____
non lo so	▣ 0	▣ 0

**F2. Hai notato se il contatto con certi materiali, sostanze chimiche o qualsiasi altra cosa al di fuori del tuo posto di lavoro peggiora il tuo eczema? *(una risposta per ogni colonna se applicabile)***

Eczema mano    Eczema polso/avambraccio

no	▫ 1	▫ 1
sì	▫ 2	▫ 2
non lo so	▫ 0	▫ 0

**F4. Il tuo eczema migliora quando sei lontano dal tuo lavoro abituale (per esempio nel fine settimana o per periodi più lunghi)? (una risposta per ogni colonna se applicabile)**

	Eczema mano	Eczema polso/avambraccio
no	▫ 1	▫ 1
sì, qualche volta	▫ 2	▫ 2
sì, spesso	▫ 3	▫ 3
non lo so	▫ 0	▫ 0

▫

**A1. Hai mai avuto una eruzione cutanea pruriginosa che insorgeva e spariva per almeno 6 mesi, e che in certi momenti colpiva le pieghe della pelle? (per pieghe della pelle si intende le pieghe cutanee dei gomiti, della superficie posteriore delle ginocchia, della superficie delle caviglie, le pieghe della pelle al di sotto dei glutei, della superficie intorno al collo, orecchie, occhi)**

no	▫ 1
sì	▫ 2
non lo so	▫ 0