

**Obesity
Day** 10 • net
italian obesity network



ADI ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica



Campagna Nazionale
di Sensibilizzazione per la Prevenzione
dell'Obesità e del Sovrappeso



Salute

InForma

Dieta Mediterranea
Regionale

10 ottobre 2017



Questionario

Campagna Obesity Day 2017
QUESTIONARIO



SCHEMA PAZIENTE

1. Provincia

2. Sesso

A) M



B) F



3. Età

4. Professione

5. Fumo

A) No



B) Si



6. Peso (kg)

7. Altezza (m)

8. Circonferenza addominale (cm)

9. Come si vede?

A) Obeso

 
* 1 1 7 4 3 5 6 2 A *

B) Sovrappeso

 
* 1 1 7 4 3 5 6 2 B *

C) Normopeso

 
* 1 1 7 4 3 5 6 2 C *

D) Sottopeso

 
* 1 1 7 4 3 5 6 2 D *

10. Fa colazione all'inizio della giornata?

A) Raramente o quasi mai

 
* 1 1 7 4 3 5 6 3 A *

B) 2-3 volte la settimana

 
* 1 1 7 4 3 5 6 3 B *

C) Spesso o quasi sempre, ma prendo solo un caffè con qualcosa di dolce

 
* 1 1 7 4 3 5 6 3 C *

D) Spesso o quasi sempre, e cerco di fare una prima colazione ricca ed abbondante

 
* 1 1 7 4 3 5 6 3 D *

11. Di solito i suoi pasti principali sono prevalentemente

A) Un pasto fuori casa (panino, focaccia o pizza + bevanda), un pasto completo a casa

 
* 1 1 7 4 3 5 6 4 A *

B) Un pasto con il primo piatto e l'altro pasto con il secondo piatto

 
* 1 1 7 4 3 5 6 4 B *

C) Un pasto completo a pranzo e cena (primo piatto, un secondo, verdura, pane e frutta)

 
* 1 1 7 4 3 5 6 4 C *

D) Salto dei pasti e mangiucchio continuamente

 
* 1 1 7 4 3 5 6 4 D *

12. Durante la giornata, per i suoi spostamenti, si muove a piedi?

- A) sì, quasi sempre a piedi o in bicicletta
- B) Sì, ogni tanto
- C) No, uso macchina o mezzi di trasporto


* 1 1 7 4 3 5 6 5 A *


* 1 1 7 4 3 5 6 5 B *


* 1 1 7 4 3 5 6 5 C *

13. Pratica attività sportiva?

- A) No, raramente
- B) 1 volta alla settimana
- C) 2/3 volte alla settimana
- D) 4 volte o tutti i giorni


* 1 1 7 4 3 5 6 6 A *


* 1 1 7 4 3 5 6 6 B *


* 1 1 7 4 3 5 6 6 C *


* 1 1 7 4 3 5 6 6 D *

14. Quante porzioni (*) di verdura mangia al giorno? (*) Una porzione: 150 g di verdure (pomodori, carote, finocchio o 50/65g di insalata o 200 g di ortaggi da cuocere)

- A) Nessuna
- B) 1 porzione al giorno
- C) 2 porzioni al giorno
- D) Almeno 3 porzioni al giorno


* 1 1 7 4 3 5 6 7 A *


* 1 1 7 4 3 5 6 7 B *


* 1 1 7 4 3 5 6 7 C *


* 1 1 7 4 3 5 6 7 D *

15. Quante porzioni (*) di frutta fresca mangia al giorno? (*) una porzione: 1 frutto medio da 150 g

- A) Nessuna
- B) 1 porzione al giorno
- C) 2 porzioni al giorno
- D) Almeno 3 porzioni al giorno


* 1 1 7 4 3 5 6 8 A *


* 1 1 7 4 3 5 6 8 B *


* 1 1 7 4 3 5 6 8 C *


* 1 1 7 4 3 5 6 8 D *

16. Quanti liquidi beve nella giornata (a tavola e fuori pasto)? Attenzione: non conteggiare gli alcolici, il vino e la birra e le bevande zuccherate

A) Meno di mezzo litro



B) Meno di un litro e mezzo



C) Un litro e mezzo o più



17. Beve alcolici?

A) No



B) Sì, mezzo bicchiere a pasto



C) Sì, più di mezzo bicchiere a pasto



D) Sì, anche superalcolici



18. Consuma bevande zuccherate (coca cola, aranciata, succhi di frutta, tè zuccherati..)

A) Mai



B) Occasionalmente



C) Spesso



D) Anche ai pasti



19. Che tipo di grassi consuma in genere?

A) In casa usiamo soprattutto l'olio di oliva extravergine



B) In casa usiamo soprattutto il burro



C) In casa usiamo soprattutto oli o margarine vegetali



20. In famiglia fate attenzione al sale?

- A) Nessuna attenzione particolare; usiamo il sale secondo il gusto
- B) Cerchiamo di aggiungere poco sale a tavola
- C) Scegliamo cibi poco salati di per se' (facciamo attenzione a formaggi, salumi, pane ecc.)
- D) Usiamo le spezie per ridurre il consumo di sale


* 1 1 7 4 3 5 7 3 A *


* 1 1 7 4 3 5 7 3 B *


* 1 1 7 4 3 5 7 3 C *


* 1 1 7 4 3 5 7 3 D *

21. Mangia carne?

- A) La carne non mi piace, e ne mangio poca o pochissima
- B) Non mangio carne per scelta personale (sono vegetariano o vegano)
- C) Mangio preferibilmente carni bianche, e poche carni rosse
- D) Mangio carne sia bianca che rossa senza distinzione


* 1 1 7 4 3 5 7 4 A *


* 1 1 7 4 3 5 7 4 B *


* 1 1 7 4 3 5 7 4 C *


* 1 1 7 4 3 5 7 4 D *

22. Consuma alimenti integrali?

- A) No, non mi piacciono
- B) No, non ne vedo l'utilità
- C) Cerco di consumarli, ma non mi piace il loro gusto
- D) Si, ne consumo regolarmente


* 1 1 7 4 3 5 7 5 A *


* 1 1 7 4 3 5 7 5 B *


* 1 1 7 4 3 5 7 5 C *


* 1 1 7 4 3 5 7 5 D *

23. Quante volte mangia il pesce alla settimana?

- A) Non mangio pesce, non mi piace
- B) Una volta alla settimana
- C) Un paio di volte alla settimana
- D) Più di due volte alla settimana


* 1 1 7 4 3 5 7 6 A *


* 1 1 7 4 3 5 7 6 B *


* 1 1 7 4 3 5 7 6 C *


* 1 1 7 4 3 5 7 6 D *

24. Consuma legumi? (lenticchie, fagioli, piselli, ceci, fave)

- A) No, mai o saltuariamente
- B) Sì, 1 volta alla settimana
- C) Sì, 2 o più porzioni alla settimana come secondo piatto
- D) Sì, 2 o più porzioni alla settimana come contorno ad un secondo piatto


* 1 1 7 4 3 5 7 7 A *



* 1 1 7 4 3 5 7 7 B *



* 1 1 7 4 3 5 7 7 C *



* 1 1 7 4 3 5 7 7 D *


25. Utilizza prodotti senza glutine?

- A) Sì, sono celiaco
- B) Sì, non sono celiaco ma li utilizzo perché trovo beneficio
- C) Sì, non sono celiaco ma li utilizzo senza un motivo particolare
- D) No


* 1 1 7 4 3 5 7 8 A *


* 1 1 7 4 3 5 7 8 B *


* 1 1 7 4 3 5 7 8 C *


* 1 1 7 4 3 5 7 8 D *

26. Compra alimenti biologici?

- A) Sì, sempre
- B) Spesso
- C) Saltuariamente
- D) No


* 1 1 7 4 3 5 7 9 A *


* 1 1 7 4 3 5 7 9 B *


* 1 1 7 4 3 5 7 9 C *


* 1 1 7 4 3 5 7 9 D *

27. Nel fare la spesa considera maggiormente

- A) Qualità del cibo
- B) Prezzo
- C) Provenienza
- D) Altro


* 1 1 7 4 3 5 8 0 A *


* 1 1 7 4 3 5 8 0 B *


* 1 1 7 4 3 5 8 0 C *


* 1 1 7 4 3 5 8 0 D *

28. Quando esce a mangiare per una serata preferisce

A) Piatti della tradizione italiana (pasta, pizza...)



B) Piatti delle cucine internazionali (sushi, cinese...)



C) Hamburger



D) Altro



29. Conosce piatti tipici della sua regione?

A) Sì



B) No



Se ha risposto sì indicare quale

30. Come si comporta con lo zucchero?

A) Ne uso pochissimo, il gusto dolce non mi piace



B) Consumo soprattutto dolci (torte, brioches, caramelle o cioccolatini)



C) Consumo soprattutto bevande zuccherate



D) Cerco di sostituirli, se posso, con dolcificanti



31. Utilizza un edulcorante a zero calorie:

A) Sempre



B) Spesso



C) Qualche volta



D) Mai



32. Quale formato di dolcificante utilizza?

A) Compresse



B) Bustine



C) Liquido



D) Sfuso



33. Pensa che un edulcorante artificiale a zero calorie normalmente in commercio in Italia sia

A) Assolutamente sicuro



B) Abbastanza sicuro



C) Sempre sicuro



D) Mai sicuro



34. Quale di questi edulcoranti artificiali utilizza abitualmente

A) Saccarina



B) Sucralosio



C) Aspartame



D) Acesulfame K



E) Ciclamato di sodio



35. A proposito di dolcificanti a zero calorie, conosce la stevia

A) Sì



B) No



36. Sostituirebbe il suo dolcificante artificiale con un prodotto a base stevia

A) Sì



B) No



C) Forse



37. Nel corso della sua vita si è sottoposto ad una dieta? Se sì, quante volte?

A) 0



B) 1



C) Più di 1



38. Pensando all'ultima dieta seguita, per quale motivo si è sottoposto alla dieta?

A) Per perdere peso



B) A causa di una malattia connessa al peso



C) A causa di altre malattie



D) A causa di un'allergia



E) A causa di un'intolleranza



F) In seguito ad una gravidanza

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 1 F +

G) Per motivi sportivi

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 1 G +

H) Per acquisire uno stile di vita più sano

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 1 H +

39. Dopo un anno dal termine della dieta ha?

A) Mantenuto il peso ideale raggiunto

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 2 A +

B) Acquisito il 5% del peso raggiunto a fine dieta

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 2 B +

C) Acquisito il 10% del peso raggiunto a fine dieta

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 2 C +

D) Riacquisito il peso di partenza

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 2 D +

40. Quali tra le seguenti figure ha prescritto la sua dieta?

A) Medico curante

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 3 A +

B) Medico Dietologo in ospedale/altri enti

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 3 B +

C) Biologo Nutrizionista in ospedale/altri enti

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 3 C +

D) Dietista in studio privato

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 3 D +

E) Farmacista

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 3 E +

F) Fai da te

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 3 F +

G) Altro (internet, libri, riviste...)

 
+ 1 1 7 4 3 5 9 3 G +

Con il contributo non condizionante di



Il presente questionario, debitamente compilato, dovrà essere
inviato alla Segreteria Organizzativa:



Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
Tel. 0763 391751
Fax 0763 344880
info@obesityday.org
www.obesityday.org