

SVILUPPO E VALIDAZIONE DI UN QUESTIONARIO PER L'IDENTIFICAZIONE DI SOGGETTI A RISCHIO DI CARENZA DI VITAMINA D EVIDENCE-Q (Evaluation Vitamin D dEficiENCy QUESTIONNAIRE)

Codice: _____

Data (gg/m/aa): _____

Età: _____

Sesso: M F

Da compilare a cura del medico:

[25-OH-D3] (ng/ml): _____ in data (gg/mm/aa): _____

Peso (kg): _____ altezza (m): _____ BMI (kg/m²): _____

Circonferenza vita (cm): _____

1) In quale zona dell'Italia vive?

Nord

Centro

Sud

2) Vive in città?

Sì

No

3) In quale fototipo si identifica?

Chiara - tipo I (si scotta sempre con facilità; non si abbronzia mai)

Chiara - tipo II (si scotta sempre con facilità; si abbronzia poco)

Chiara - tipo III (si scotta sempre, moderatamente; si abbronzia gradualmente)

Scura - tipo IV (si scotta minimamente; si abbronzia sempre, rapidamente)

Scura - tipo V (si scotta raramente; si abbronzia sempre rapidamente)

Scura - tipo VI

(si scotta mai; si abbronzia sempre, rapidamente)

4) Utilizza regolarmente creme idratanti o trucchi e cosmetici con fattore di protezione solare?

Sì

No

5) Consuma almeno 3 porzioni alla settimana di pesce come salmone, tonno, aringa, trota, alici, pesce spada...?

Sì

No

6) Consuma almeno 2 uova alla settimana?

Sì

No

7) Consuma almeno una porzione di latte o yogurt interi al giorno?

Sì

No

8) Consuma almeno 2 porzioni alla settimana di prodotti lattiero caseari come i formaggi?

Sì

No

9) Consuma almeno 1 porzione al giorno di prodotti fortificati con calcio e vitamina D (es. cereali, latte, yogurt)?

Sì

No

10) Sta assumendo integrazione di vitamina D o multivitaminici che includono la vitamina D?

Sì

No

11) Se sì, quale integrazione (indichi il nome dell'integratore o del multivitaminico) e con quale dosaggio (nel caso dell'integratore di vitamina D)?

Nome dell'integratore di vitamina D o del multivitaminico:

Dosaggio:

Nessuna integrazione

<50000 IU/28 gg (o multivitaminico)

≥50000 IU/28 gg

≥100000 IU/28 gg

forma attiva

12) Da quanto tempo?

Da più di 6 mesi

Da meno di 6 mesi

Nessuna integrazione

13) Soffre di una di queste condizioni: insufficienza epatica, insufficienza renale, sindrome nefrosica, iper-paratiroidismo, malassorbimento intestinale (ad es. morbo di Chron, rettocolite ulcerosa, celiachia, fibrosi cistica), disturbi del comportamento alimentare?

Sì

No

14) Segue una delle seguenti terapie farmacologiche con: anticonvulsivi, antipsicotici, glucocorticoidi, corticosteroidi immunosoppressori, anti-retrovirali, dimagranti (ad es. Orlistat, Xenical, Ally), ipocolestolemizzanti come Ezetimibe, statine, sequestranti degli acidi biliari (colestiramina), lassativi (uso prolungato)?

Sì

No

15) Svolge regolarmente (2-4 volte a settimana) attività all'aperto?

Sì

No

16) Si espone al sole per almeno 30 minuti?

No

1 volta a settimana

2 volte a settimana

3 volte a settimana

4 volte a settimana

5 volte a settimana

6 volte a settimana

7 volte a settimana

17) Si espone al sole tra le ore 10:00 e le 15:00?

Sì

No

18) Quante volte utilizza lampade abbronzanti in un mese?

4 - 5 volte

2 - 3 volte

Mai o quasi mai (0 - 1)

19) Quando si espone al sole, utilizza creme solari con fattore di protezione maggiore di 15?

Sì

Solo d'estate

No

20) Quando si espone al sole, con che frequenza applica la protezione solare?

Una volta

Qualche volta (2 volte)

Spesso (più di 3 volte)