

Gentili Genitori,

nell'ambito dell'Insegnamento di Patologia Speciale Odontostomatologica del Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università di Bologna, di cui sono responsabile, ci siamo proposti di svolgere un'indagine sugli stili di salute orale dei bambini, in particolare riguardo all'alimentazione.

Vi chiediamo di partecipare al nostro studio e di compilare, in forma anonima, il questionario che vi alleghiamo. Vi ringraziamo per la vostra partecipazione; le vostre informazioni ci permetteranno di elaborare linee guida di promozione della salute orale per l'età evolutiva.

Cesare Nucci

QUESTIONARIO SULLA SALUTE ORALE (OMS)

Dati del genitore

Genere _____ M _____ F _____

Età _____ Peso _____ Altezza _____

Paese d'origine _____

Tempo di soggiorno in Italia _____

Lingua parlata in famiglia _____

Titolo di studio _____

1. Come descrive la salute dei suoi denti?

- eccellente
- molto buona
- buona
- nella media
- scadente
- molto scadente
- non lo so

2. Come descrive la salute delle sue gengive?

- eccellente
- molto buona
- buona
- nella media
- scadente
- molto scadente
- non lo so

3. Con quale frequenza negli ultimi 12 mesi ha avuto mal di denti o sensazione di fastidio a causa dei suoi denti?

- spesso
- occasionalmente
- raramente
- mai
- non lo so

4. Quante volte è andato dal dentista negli ultimi 12 mesi? (una sola risposta) se non è andato dal dentista negli ultimi 12 mesi, passi alla domanda 5

- una volta
- due volte
- tre volte
- quattro volte
- più di quattro volte
- non sono andato dal dentista negli ultimi 12 mesi
- non lo so/non ricordo

5. Qual è il motivo della sua ultima visita dal dentista? (una sola risposta)

- l'appuntamento è stato proposto dal dentista
- fa parte dei controlli periodici
- dolore/fastidio a denti/gengive
- non lo so/non ricordo

6. Ha mai avuto carie dentarie?

- Sì
- No

7. Ha mai estratto denti per problemi di carie?

- Sì
- No

8. Con quale frequenza pulisce i denti? (una sola risposta)

- mai
- qualche volta al mese (2-3)
- una volta la settimana
- qualche volta alla settimana (2-6)
- una volta al giorno
- due o più volte al giorno

9. Usa un dentifricio contenente fluoro? (una sola risposta)

- sì
- no
- non uso dentifricio
- non lo so

10. Cosa usa per pulire denti e gengive? (selezionare 1 o più opzioni)

- spazzolino elettrico
- spazzolino manuale
- stuzzicadenti
- filo interdentale
- scovolino

- gomma da masticare
- sciacqui
- altro (specificare) -----

11. Quante volte mangia o beve i cibi e le bevande indicati, anche in piccola quantità?(barrare ogni voce)

	più volte al giorno	ogni giorno	più volte a sett.	1 volta a sett.	più volte al mese	mai
I. Verdura cruda/cotta						
II. Frutta a guscio (mandorle, noci..)						
III. Pesce						
IV. Legumi						
V. Carne						
VI. Formaggio						
VII. Uova						
VIII. Latte						
IX. Yogurt						
X. Pasta, riso, cous-cous						
XI. Frutta fresca						
XII. Burro di arachidi						
XIII. Cereali da colazione non zuccherati						
XIV. Gomme da masticare allo xilitolo						
XV. Cereali da colazione zuccherati						
XVI. Bevande zuccherate (succhi di frutta, latte al cioccolato, the freddo, bibite gassate, ...)						
XVII. Dolci (caramelle, lecca-lecca, cioccolata, gelatine ecc)						
XVIII. Gomma da masticare con zucchero						
XIX. Bevande sportive						
XX. Miele						
XXI. Nutella						
XXII. Marmellata						
XXIII. Merendine dolci confezionate						

XXIV.	Torte, ciambelle, biscotti dolci fatti in casa						
XXV.	Banane						
XXVI.	Patatine fritte in busta						
XXVII.	Yogurt zuccherato						
XXVIII.	Latti vegetali (mandorla, riso, soia, ...)						
XXIX.	Frullati						

12. È fumatore?

Sì

No

Se sì, quante sigarette al giorno? _____

Dati del/la figlio/a

Data e luogo di nascita _____ / _____ / _____ , _____
Comune di residenza _____
Genere M F
Età _____ Peso _____ Altezza _____

1. Come descrive la salute dei denti e delle gengive di suo/a figlio/a?

- eccellente
- molto buona
- buona
- nella media
- scadente
- molto scadente
- non lo so

2. Con quale frequenza negli ultimi 12 mesi suo/a figlio/a ha avuto mal di denti o sensazione di fastidio a causa dei suoi denti?

- spesso
- occasionalmente
- raramente
- mai
- non lo so

3. Con quale frequenza negli ultimi 12 mesi suo/a figlio/a ha avuto alito cattivo?

- spesso
- occasionalmente
- raramente
- mai
- non lo so

4. Quante volte suo/a figlio/a è andato dal dentista negli ultimi 12 mesi? (incluso l'ortodontista) (una sola risposta); se non è andato/a dal dentista negli ultimi 12 mesi, passi alla domanda 6

- una volta
- due volte
- tre volte
- quattro volte
- più di quattro volte
- non lo so/non ricordo

5. Qual è il motivo dell'ultima visita di suo/a figlio/a dal dentista? (una sola risposta)

- ho pensato opportuno prendere un appuntamento
- l'appuntamento è stato proposto dal dentista
- fa parte dei controlli periodici
- dolore/fastidio a denti/gengive
- non lo so/non ricordo

6. Con quale frequenza suo/a figlio/a pulisce i denti? (una sola risposta)

- mai
- qualche volta al mese (2-3)
- una volta la settimana
- qualche volta alla settimana (2-6)
- una volta al giorno
- due o più volte al giorno

7. Suo/a figlio/a utilizza il dentifricio?

- Sì
 - No
- Se sì,
- Con fluoro
 - Senza fluoro
 - Non so

8. Suo/a figlio/a cosa utilizza per lavarsi i denti? (selezionare 1 o più opzioni)

- Spazzolino manuale
- Spazzolino elettrico
- Collutorio senza fluoro
- Collutorio con fluoro
- stuzzicadenti
- filo interdentale
- sciacqui
- altro (specificare) -----

9. Attualmente l'alimentazione di suo figlio è:

- Varia
- Selettiva

Se selettiva, quali alimenti suo/a figlio/a non mangia?

10. Quanti pasti fa suo/a figlio/a al giorno?

- 3 pasti (colazione, pranzo, cena)
- 4 pasti (colazione, pranzo, cena, una merenda)
- 5 pasti (colazione, pranzo, cena, due merende)
- +5 (supera le due merende)
- + 7 pasti (molti fuori pasto)

11. Suo/a figlio/a preferisce

- cibi dolci
- cibi salati

12. Quante volte suo/a figlio/a mangia o beve i cibi e le bevande indicati, anche in piccola quantità?
(barrare ogni voce)

	più volte al giorno	ogni giorno	più volte a sett.	1 volta a sett.	più volte al mese	mai
I. Verdura cruda/cotta						
II. Frutta a guscio (mandorle, noci..)						
III. Pesce						
IV. Legumi						
V. Carne						
VI. Formaggio						
VII. Uova						
VIII. Latte						
IX. Yogurt						
X. Pasta, riso, cous-cous						
XI. Frutta fresca						
XII. Burro di arachidi						
XIII. Cereali da colazione non zuccherati						
XIV. Gomme da masticare allo xilitolo						
XV. Cereali da colazione zuccherati						
XVI. Bevande zuccherate (succhi di frutta, latte al cioccolato, the freddo, bibite gassate, ...)						
XVII. Dolci (caramelle, lecca lecca, cioccolata, gelatine ecc.)						
XVIII. Gomma da masticare con zucchero						
XIX. Bevande sportive						
XX. Miele						
XXI. Nutella						
XXII. Marmellata						
XXIII. Merendine dolci confezionate						
XXIV. Torte, ciambelle, biscotti dolci fatti in casa						
XXV. Banane						

XXVI.	Patatine fritte in busta						
XXVII.	Yogurt zuccherato						
XXVIII.	Latti vegetali (mandorla, riso, soia, ...)						
XXIX.	Frullati						

13. Nella scuola di suo figlio vengono attuati progetti inerenti la prevenzione nell'ambito dell'alimentazione (a livello di regime alimentare adottato dalla mensa o progetti attuati durante le lezioni)?

Se sì, quali?

14. Il pediatra di libera scelta/di comunità ha contribuito a fornirle le giuste informazioni circa una sana alimentazione e una corretta igiene orale domiciliare del bambino nella prevenzione delle patologie del cavo orale?

La ringraziamo per il tempo che ci ha dedicato