



TARTU ÜLIKOOL

1B



# АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Код исследуемого ..... (заполняет исследователь)

Дата заполнения анкеты ..... (день, месяц, год, например, 02.03.2025)

## Социально-демографическая информация

Какой пол был Вам определен при рождении?  Женский  
 Мужской  
 Другой

Дата Вашего рождения ..... (день, месяц, год, например, 02.03.2025)

Как Вы себя определяете?  Женщина  Небинарная личность  
 Мужчины  Другое  
 Трансгендер  Я не хочу отвечать

В какой стране Вы родились? ..... (например, в Эстонии)

Как долго Вы живёте в Эстонии? ..... лет

Как долго Вы проживаете по Вашему нынешнему адресу? ..... лет ..... месяцев

Пожалуйста, укажите Ваш настоящий адрес проживания (Достаточно точности до дома)

.....

..... (город/улица/номер дома или волость/деревня/название хутора)

Какой наивысший уровень образования у Вас и Вашего супруга/партнёра (если у Вас есть супруг/партнёр)?

	Основное образование	Среднее образование	Высшее образование	Степень магистра	Докторская степень
Вы	<input type="radio"/>				
Ваш супруг / партнёр (если у Вас есть супруг / партнёр)	<input type="radio"/>				

Как Вы оцениваете доходы своей семьи на сегодняшний день?

Мы живём комфортно	Мы справляемся	Трудно справляться	Очень сложно справляться	Не хочу отвечать
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Кто Вы по национальности? ..... (например, эстонец/эстонка)

Ваши биологические родители родились в той же стране, что и Вы?

	Нет	Да	Не могу сказать
Мама	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Папа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если Ваша мать родилась в другой стране, укажите, в какой стране она родилась .....

Если ваш отец родился в другой стране, укажите, в какой стране он родился .....

## Как вы оцениваете настоящее время ....

	Очень плохо	Плохо	Средне	Хорошо	Очень хорошо
... качество своей жизни?	<input type="radio"/>				
... свое здоровье?	<input type="radio"/>				

## Как часто за последние 12 месяцев Вы употребляли в пищу следующие продукты?

	Почти никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	1 и более раз в день
Рыба и морепродукты	<input type="radio"/>				
Мясо	<input type="radio"/>				
Молочные продукты	<input type="radio"/>				
Зерновые продукты	<input type="radio"/>				
Жиры (например, растительное масло, сливочное масло, ...)	<input type="radio"/>				
Овощи	<input type="radio"/>				
Фрукты	<input type="radio"/>				
Закуски (например, картофельные чипсы, батончики, печенье)	<input type="radio"/>				
Орехи	<input type="radio"/>				
Напитки с кофеином (например, кофе, энергетические напитки)	<input type="radio"/>				

## Как часто за последние 12 месяцев вы употребляли в пищу следующие продукты?

	Почти никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	1 и более раз в день	Не могу сказать
Белая рыба (например, путассу, щука, окунь, треска, камбала)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Окунь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Щука	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Камбала	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мелкая жирная рыба (например, сельдь, килька, анчоусы, сардины)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Крупная жирная рыба (например, лосось, форель, сиг, тунец)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Выращенный лосось или форель	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Дикий лосось или форель	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другие морепродукты (например, осьминоги, кальмары, креветки)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тунец (не консервированный)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консервированный тунец	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Скумбрия (не консервированная)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консервированная скумбрия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Угорь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Минога	<input type="radio"/>					
Лещ, карп или плотва	<input type="radio"/>					
Другая рыба	<input type="radio"/>					

Если Вы выбрали другую рыбу, укажите, какой вид рыбы Вы ели: .....

(например, паалия)

Пожалуйста, оцените по фотографиям величину порции рыбы или морепродуктов, которые Вы обычно употребляете в пищу (А, В или С)



	A	B	C
Белая рыба (например, путассу, щука, окунь, треска, камбала)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Окунь</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Щука</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Камбала</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мелкая жирная рыба (например, сельдь, килька, сардины)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Крупная жирная рыба (например, лосось, форель, сиг, тунец)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Выращенный лосось или форель</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Дикий лосось или форель</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другие морепродукты (например, осьминоги, кальмары, креветки)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тунец (не консервированный)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Скумбрия (не консервированная)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консервированная скумбрия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Угорь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Минога	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Лещ, карп или плотва	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другая рыба	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, оцените по картинке, какую порцию консервированного тунца Вы обычно съедаете

Тунец



Вы употребляли в пищу рыбу или другие морепродукты за последние 14 дней?

 Нет Да

Как часто Вы употребляли в пищу следующие продукты за последние 12 месяцев?

	Почти никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	1 и более раз в день	Не могу сказать
Яйца	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Белокочанная капуста	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Тыквенные (огурцы, тыква, кабачки)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Фасоль, горох и чечевица	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Фрукты (яблоки, груши, сливы и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Клубника	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Другие ягоды (виноград, черника и т. д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Сухофрукты	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Готовые блюда в пластиковой упаковке	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Фаст-фуд	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Рис	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Прочие крупы (ячмень, овес, отруби, пшеница, рожь, кукуруза)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Грибы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Картофель	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Листовые овощи (например, шпинат, салат, капуста, свекла и др.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Мясо диких животных	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Мясные субпродукты (например, печень,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Переработанные мясные продукты (ветчина, колбаса, копченое и вяленое мясо)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Оцените, пожалуйста, по фотографиям, какую порцию яиц вы обычно съедаете

Яйца



Оцените по картинкам, насколько велика одна порция следующих овощей, которые Вы обычно съедаете

Белокочанная капуста	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тыквенный	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Листовые овощи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Оцените по картинкам, насколько велика одна порция следующих овощей, которые Вы обычно съедаете

Фасоль, горох, чечевица	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Грибы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Картофель	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Оцените, по картинкам, насколько велика одна порция фруктов и ягод, которую Вы обычно съедаете

Садовые фрукты (яблоки, груши, сливы и т. д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Клубника	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другие ягоды (виноград, черника и т. д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Сухофрукты	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Оцените по картинкам, насколько велика одна порция следующих круп, которые Вы обычно съедаете

Рис	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другие крупы (ячмень, овес, отруби, пшеница, кукуруза)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Оцените, пожалуйста, по картинкам, какой объем одной порции мяса или мясных продуктов Вы обычно съедаете

Мясо диких животных	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мясные субпродукты (печень, сердце)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Переработанные мясные продукты	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



За последние 12 месяцев как часто яйца, которые Вы ели, были получены от Ваших собственных кур или от соседей, друзей, семьи или местных фермеров?

0% (никогда)	Менее, чем в 25% случаев	В 25–50% случаев	В 50–75% случаев	Более, чем в 75% случаев	100% (всегда)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Употребляли ли Вы органические продукты за последние 12 месяцев?

- Нет  
 Да  
 Не знаю

Если вы употребляли органические продукты питания в течение последних 12 месяцев, то как часто?

Реже 1 раза в месяц	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	1 и более раз в день	Не могу сказать
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

За последние 12 месяцев Вы выращивали овощи и/или фрукты в своем саду или приобрели / покупали их у соседей, друзей, семьи или местных производителей? Если да, укажите для каждого сезона, сколько фруктов, которые вы съели, были местного происхождения (0 % = ничего и 100 % = все из местных источников).

	Менее 25%	25–50%	50–75%	Более, чем 75%	100% (всегда)
Фрукты зимой	<input type="radio"/>				
Фрукты весной	<input type="radio"/>				
Фрукты летом	<input type="radio"/>				
Фрукты осенью	<input type="radio"/>				
Овощи зимой	<input type="radio"/>				
Овощи весной	<input type="radio"/>				
Овощи летом	<input type="radio"/>				
Овощи осенью	<input type="radio"/>				

Сколько воды Вы в среднем пьете каждый день? (Учитывайте количество воды также в горячих напитках и еде)

Менее 1 литра в день	1–2 литра в день	2–3 литров в день	3–5 литров в день	Более, чем 5 литров в день	Не могу сказать
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Каков Ваш основной источник питьевой воды?

	Общественная водопроводная	Бутилированная вода (пластик)	Бутилированная вода (стекло)	Частный колодец	Другое	Не знаю
Питьевая вода	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вода для приготовления	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если вы выбрали «Другое», укажите, откуда Вы берете питьевую воду? .....

Для очистки питьевой воды используете ли Вы устройства или системы?

	Фильтр	Смягчитель для воды	Другое	Не очищаю	Не знаю
Питьевая вода	<input type="radio"/>				
Вода для приготовления пищи	<input type="radio"/>				

Если вы выбрали «Другое», уточните, как Вы очищаете воду? .....

В какой из следующих упаковок Вы обычно употребляете напитки? Пожалуйста, учитывайте все напитки (фруктовые соки, чай со льдом, безалкогольные напитки и т. д.), включая воду.

	Нет	Да
Пластиковая бутылка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консервная банка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Металлическая емкость (например, чайник)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Используете ли Вы следующие контейнеры для хранения продуктов в холодильнике или в другом месте? Если да, то как часто Вы их используете?

	Почти никогда	1 раз в месяц	2–3 раза в месяц	1–3 раз в месяц	4–6 раз в месяц	Каждый день	Не могу сказать
Жесткая пластиковая коробка	<input type="radio"/>						
Мягкая пластиковая коробка	<input type="radio"/>						
Бумага для выпечки	<input type="radio"/>						
Полиэтиленовый пакет	<input type="radio"/>						
Алюминиевый контейнер	<input type="radio"/>						
Керамический контейнер	<input type="radio"/>						
Стекланный контейнер	<input type="radio"/>						
Другое	<input type="radio"/>						

Если Вы используете другой контейнер, уточните: .....

Используете ли Вы следующие контейнеры для приготовления или разогрева пищи в микроволновой печи? Если да, то как часто вы их используете?

	Почти никогда	1 раз в месяц	2–3 раза в месяц	1–3 раз в месяц	4–6 раз в месяц	Каждый день	Не могу сказать
Жесткая пластиковая коробка	<input type="radio"/>						
Мягкая пластиковая коробка	<input type="radio"/>						
Керамический контейнер	<input type="radio"/>						
Другой контейнер	<input type="radio"/>						

Если Вы выбрали «Другой контейнер», уточните .....  
Принимаете ли Вы следующие пищевые добавки?

	Нет	Да	Не могу сказать
Железо	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Цинк	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Селен	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мультивитамины	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мультивитамины	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Какой из следующих вариантов лучше всего описывает Ваше отношение к курению? Пожалуйста, сделайте свой выбор.

	Нет	Да
Курили ли вы когда-нибудь (в том числе электронные сигареты и кальян)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я был курильщиком, но бросил курить	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В настоящее время я курю	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я использую бездымные табачные изделия (губной, нюхательный или жевательный табак)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Если Вы раньше курили, но к настоящему времени бросили курить, опишите, пожалуйста, Вашу предыдущую привычку курить. Если Вы никогда не курили, пожалуйста, пропустите эти вопросы.**

В каком возрасте Вы начали курить?	.....
В каком возрасте Вы бросили курить?	.....
Если Вы курили обычные сигареты, сколько сигарет Вы выкуривали в день?	.....
Если Вы курили трубку, сколько раз в день?	.....
Если Вы курили сигары или сигариллы, сколько в день?	.....
Если Вы курили электронные сигареты, то сколько раз в день?	.....
Если Вы курили кальян, то сколько раз в день?	.....
Если вы использовали никотиновые продукты, чтобы бросить курить, сколько раз в день?	.....

**Если Вы в настоящее время курите, пожалуйста, опишите свою привычку к курению. Если Вы никогда не курили, пропустите эти вопросы.**

В каком возрасте Вы начали курить?	.....
Если Вы курите сигареты (обычные сигареты с фильтром), то сколько сигарет в день?	.....
Если вы курите трубку, то сколько сигарет в день?	.....
Если Вы курите сигары или сигариллы, то сколько в день?	.....
Если Вы курите электронные сигареты, то сколько раз в день?	.....
Если Вы курите кальян, то сколько раз в день?	.....
Если Вы используете никотиновые продукты, чтобы бросить курить, то сколько раз в день?	.....

**Если Вы употребляете бездымные табачные изделия (губной, нюхательный, жевательный табак), опишите, Вашу привычку к их употреблению. Если Вы никогда это не пробовали, пропустите эти вопросы.**

Если Вы употребляете бездымные табачные изделия, то в каком возрасте Вы начали?	.....
Если Вы используете губной табак, то сколько раз в день?	.....
Если Вы используете нюхательный табак, то сколько раз в день?	.....
Если Вы используете жевательный табак, то сколько раз в день?	.....

**Пожалуйста, опишите воздействие на Вас табачных изделий через других людей.**

Сколько человек в Вашей семье регулярно курят или курят сигареты в помещении?

.....

**Опишите, как много курят люди, живущие с Вами. Введите количество сигарет в день или количество раз в день, когда используются электронные сигареты. Если люди, живущие с Вами, не курят, пропустите этот вопрос.**

Сожитель 1	.....
Сожитель 2	.....
Сожитель 3	.....
Сожитель 4	.....

### Как часто Вы обычно находитесь в помещении, где курят?

	Никогда	Менее 1 часа в день	1–4 часов в день	Более 4 часов в день	Не могу сказать
Дома	<input type="radio"/>				
В другом месте	<input type="radio"/>				

### Как часто Ваши гости курят в помещении?

Никогда	Редко (реже 1 раза в месяц)	Иногда (реже 1 раза в неделю)	1 раз в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Более 6 раз в неделю	Не могу сказать
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

Никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	1 раз в день	2 и более раз в день	Не могу сказать
<input type="radio"/>						

### Как часто Вы использовали следующие средства для ухода за волосами за последний месяц?

	(Почти) никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Каждый день	2 и более раз в день	Не могу сказать
Спрей, лак, гель/пенка	<input type="radio"/>						
Шампунь	<input type="radio"/>						
Бальзам	<input type="radio"/>						
Увлажняющая маска для волос	<input type="radio"/>						
Краска для волос	<input type="radio"/>						
Отбеливающие средства	<input type="radio"/>						
Жидкость для завивки	<input type="radio"/>						
Выпрямитель для волос	<input type="radio"/>						
Другие средства по уходу за волосами	<input type="radio"/>						

Если Вы выбрали «Другие средства по уходу за волосами», укажите, чем Вы пользуетесь:

### Как часто Вы пользовались следующей косметикой за последний месяц?

	(Почти) никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Каждый день	Чаще 2 раз в день	Не могу сказать
Тональный крем	<input type="radio"/>						
Средство для снятия	<input type="radio"/>						
	(Почти) никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Каждый день	Чаще 2 раз в день	Не могу сказать
Бальзам для губ	<input type="radio"/>						
Помада или блеск для губ	<input type="radio"/>						
Румяна	<input type="radio"/>						
Макияж для глаз	<input type="radio"/>						
Лак для ногтей	<input type="radio"/>						
Жидкость для снятия лака	<input type="radio"/>						

Как часто Вы использовали следующие средства по уходу за телом за последний месяц?

	(Почти) никогда	1–3 раза в месяц	1–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Каждый день	Чаще 2 раз в день	Не могу сказать
Ароматическое масло	<input type="radio"/>						
Мыло/гель для душа	<input type="radio"/>						
Крем или лосьон для рук	<input type="radio"/>						
Крем для лица	<input type="radio"/>						
Маска для лица	<input type="radio"/>						
Солнцезащитный крем	<input type="radio"/>						
Крем-автозагар	<input type="radio"/>						
Антивозрастной крем	<input type="radio"/>						
Антивозрастной крем с солнцезащитным фактором	<input type="radio"/>						
Дезодорант	<input type="radio"/>						
Крем для бритья	<input type="radio"/>						
Масло или молочко для тела	<input type="radio"/>						
Средства для отбеливания кожи	<input type="radio"/>						
Ополаскиватель для полости рта	<input type="radio"/>						
Зубная нить	<input type="radio"/>						

Обращаете ли Вы внимание на состав средств по уходу за волосами и телом и косметических средств или выбираете продукцию, рекламируемую как не содержащую парабенов, фталатов, сульфатов?

Никогда	Да, редко	Да, иногда	Да, чаще всего	Да, всегда
<input type="radio"/>				

Использовали ли Вы в течение последних 3 месяцев какие-либо из следующих продуктов и / или вступали ли в контакт с какими-либо из следующих веществ во время работы по дому или занимаясь хобби? *Пожалуйста, не учитывайте свою профессиональную деятельность.*

	Нет	Да	Не могу
Краска, лак, морилка, красители, чернила, пигменты	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Растворители, средства для удаления краски	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Клеи, другие клеи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Воск (мебельный воск, лыжный воск), эпоксидные смолы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Смазочные масла (например, для инструментов, машин)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Чистящая химия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Водонепроницаемая одежда	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Открытый огонь в помещении и/или на открытом воздухе	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пестициды и удобрения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Делали ли Вы пирсинг на своем теле (например, отверстия для сережек) за последние пять лет?  Нет  
 Да

Если да, то сколько проколов Вы сделали за последние 5 лет? .....

Делали ли Вы татуировку за последние пять лет?  Нет  
 Да

Если да, сколько татуировок было сделано за последние 5 лет? .....

Как давно (за последние 5 лет) Вы делали пирсинг и / или татуировки? Если Вы не делали пирсинг или татуировки в течение последних 5 лет, пропустите этот вопрос.

	Менее 4 месяцев назад	4–12 месяцев назад	Более года назад
1-й пирсинг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-й пирсинг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-й пирсинг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-й пирсинг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-й пирсинг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-я татуировка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-я татуировка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-я татуировка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-я татуировка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-я татуировка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Опишите, какие татуировки Вы сделали за последние 5 лет (длина, ширина, цвет татуировки). Если у Вас не было татуировки в течение последних 5 лет, пропустите этот вопрос.

	Длина татуировки	Ширина татуировки	Цвет татуировки (черный, красный и т.д.)
1-я татуировка	..... СМ	..... СМ	.....
2-я татуировка	..... СМ	..... СМ	.....
3-я татуировка	..... СМ	..... СМ	.....
4-я татуировка	..... СМ	..... СМ	.....
5-я татуировка	..... СМ	..... СМ	.....

Если Вы изменили свое тело каким-либо другим способом, то как?

Сколько изменений? .....

Как давно? .....

Есть ли в Вашем теле металлические искусственные суставы, крепления, пластины или другие металлические предметы, а также насадки на зубы или слуховой аппарат, пирсинг? *Не учитывайте украшения, зубные коронки, брекеты и т. д.*  Нет  Да

Как часто Вы носите металлические украшения или ремешки для часов? *Исключая золотые, серебряные, платиновые украшения / ремешки для часов.*

Почти никогда / редко	Иногда (пару раз в месяц)	Всегда (почти ежедневно)	Не могу сказать
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, укажите, сколько времени в день в среднем за последний месяц Вы пользовались электронными устройствами, такими как мобильные телефоны, компьютеры, планшеты, GPS и т. д.?

**По рабочим дням**

Портативные устройства (мобильные телефоны, планшеты, ноутбуки и т. д.)	..... часов	..... минут
Настольные устройства (компьютеры и т. д.)	..... часов	..... минут

**По выходным**

Портативные устройства (мобильные телефоны, планшеты, ноутбуки и т. д.)	..... часов	..... минут
Настольные устройства (компьютеры и т. д.)	..... часов	..... минут

**Сколько времени в день Вы уделяете спорту и / или другим физическим нагрузкам?**

	Нисколько	Менее 1 часа в день	Около 1 часа в ден	Около 2 часов в день	Около 3 часов в день	Около 4 часов день	Более 4 часов в день	Не могу сказать
По рабочим дням	<input type="radio"/>							
По выходным	<input type="radio"/>							

**Какой из следующих вариантов лучше всего описывает Вашу физическую активность на сегодняшний день?**

	(Почти) никогда	1 раз в неделю	Пару раз в неделю	Каждый день	Не могу сказать
Легкие упражнения для расслабления	<input type="radio"/>				
Умеренные и интенсивные физические нагрузки	<input type="radio"/>				
Интенсивные (тяжелые) физические упражнения (потливость/одышка)	<input type="radio"/>				

**Как долго длятся Ваши тренировки?**

	10–30 минут	Более 30 минут
Легкие физические упражнения для расслабления	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Умеренные и интенсивные физические нагрузки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Интенсивная физическая нагрузка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**В каком районе находится Ваш дом?**

В центре города	Рядом с центром города	В пригороде	В промышленной зоне	В сельской местности/деревне	В другом месте	Не могу сказать
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если вы выбрали «В другом месте», уточните .....

Расположен ли Ваш нынешний дом (и / или предыдущий дом) рядом с каким-либо из следующих объектов?

	Нет	Да, в 150м	Да, в 150-500м	Да, в 500-1000м	Да, более, чем в 1000м	Не могу сказать
Сельскохозяйственные угодья (включая ягодные и фруктовые сады)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Большие теплицы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Природные территории (парки,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Пожарный комплекс, военная база, аэродром	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Свалка, очистные сооружения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Мусоросжигательный завод,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Другие места, где используются пестициды	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Расположен ли ваш нынешний дом (и / или предыдущий дом) рядом с каким-либо из следующих объектов?

	Нет	Да, в 150м	Да, в 150-500м	Да, в 500-1000м	Да, более, чем в 1000м	Не могу сказать
Химические производства (сланец, пластмасса, пестициды, краски, Бумажная или текстильная	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Металлургическая промышленность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Электронная промышленность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Заводы по переработке отходов, станция	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Завод медицинского оборудования	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Другой завод или производство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Если Вы выбрали «Другой завод или производство», уточните .....

У Вас есть свой сад или огород?

- Нет  
 Да

Обрабатывался ли Ваш сад пестицидами (средствами защиты растений) за последние 12 месяцев?

- Нет  
 Да  
 Не знаю

Обрабатывался ли Ваш огород пестицидами (средствами защиты растений) за последние 12 месяцев?

- Нет  
 Да  
 Не знаю

Обрабатывался ли Ваш дом гербицидами (яд от сорняков), фунгицидами (фунгицидами) и/или инсектицидами (инсектицидами) за последние 4 недели?

- Нет  
 Да  
 Не знаю

Обрабатывалось ли ваше рабочее место гербицидами (яд от сорняков), фунгицидами (яд от грибов) и/или инсектицидами (инсектициды) в течение последних 4

- Нет  
 Да  
 Не знаю

Кто в Вашем доме или саду осуществляет обработку пестицидами?

Вы сами	Другой член Вашего домохозяйства	Специалист	Кто-то другой
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если Вы выбрали «Кто-то другой», уточните .....

Из какого источника Ваш приусадебный участок получает основную воду для орошения?

Городское водоснабжение, скважина	Колодец	Озеро, река, ручей, пруд	Дождевая вода	Другой источник
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если вы выбрали «Другой источник», уточните .....

Из какого материала в основном сделаны полы в Вашем доме?

Деревянный паркет	Деревянные доски	Ламинат	ПВХ	Натуральный линолеум	Плитка (например, керамическая, каменная)	Другое
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Если вы выбрали «Другое», уточните .....

Какие текстильные напольные покрытия в основном используются в Вашем доме?

Ковры из синтетического волокна	Ковры из натуральных волокон (шерсть, хлопок)	Ковры из натуральных или синтетических волокон с	Другой текстильный материал для
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если вы выбрали «Другой текстильный материал для напольного покрытия», уточните:

.....

Вы отвечаете за генеральную уборку дома? *Генеральная уборка включает в себя уборку пылесосом, мытье полов (с использованием чистящих средств), вытирание пыли.*

- Нет  
 Да, полностью  
 Да, частично

Если Вы выбрали «Да, частично», оцените, пожалуйста, в процентах, насколько Вы несете ответственность за уборку: на .....%

Используете ли Вы пылесос для уборки дома?

- Нет  
 Да

Есть ли в вашем пылесосе:

- Воздушный фильтр (пылесборник)  
 Водяной фильтр  
 Не знаю

Как часто Вы пользуетесь пылесосом?

Менее 1 раза в неделю	1 раз в неделю	2 и более раз в неделю	Не знаю
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Делаете ли Вы у себя дома влажную уборку?

- Нет  
 Да

Если Вы делаете дома влажную уборку, уточните, как часто Вы это делаете?

Менее 1 раза в неделю	1 раз в неделю	2 и более раз в неделю	Не знаю
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Использовались ли в вашем доме за последний месяц какие-либо из перечисленных ниже чистящих средств?

	Нет	Да	Не могу сказать
Чистящие средства (например, для кухни, ванной комнаты, пола, окон)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Воск для пола	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Кондиционер для белья	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Лак для дерева	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Химические чистящие средства для чистки мягкой мебели и ковров)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Освежитель воздуха	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Растворители (например, ацетон, толуол, изопропиловый спирт, пропиленгликоль)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пятновыводители	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пропитки (например, для одежды, обуви, обивки)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другое чистящее средство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если вы выбрали «Другое чистящее средство», уточните

Если Вы использовали перечисленные выше чистящие средства, укажите, было ли использованное вами чистящее средство «обычным» или экологически чистым (т. е. на упаковке продукта имеется экомаркировка).

	Обычное средство	Экологически чистое средство	Не знаю
Чистящие средства (например, для кухни, ванной комнаты, пола, окон)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Воск для пола	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Кондиционер для белья	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Лак для дерева	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Химические чистящие средства для чистки мягкой мебели и ковров)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Освежитель воздуха	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Растворители (например, ацетон, толуол, изопропиловый спирт, пропиленгликоль)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пятновыводители	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пропитки (например, для одежды, обуви, обивки)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другое чистящее средство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Сколько времени в среднем Вы провели в следующих местах за последние 12 месяцев:

		Дома в закрытом помещении	В другом закрытом помещении (рабочее место, торговый центр, кинотеатр, ресторан)	В транспортных средствах (автобус, машина, поезд)	На открытом воздухе
Осенью и зимой	По рабочим дням	..... часов	..... часов	..... часов	..... часов
	По выходным	..... часов	..... часов	..... часов	..... часов
Весной и летом	По рабочим дням	..... часов	..... часов	..... часов	..... часов
	По выходным	..... часов	..... часов	..... часов	..... часов

Было ли Ваше жилище / квартира недавно отремонтировано? *(Капитальный ремонт, например,*

- Нет  
 Да  
 Не могу сказать

Был ли в Вашем доме ремонт в прошлом году?

- Нет  
 Да  
 Не могу сказать

Используются ли в Вашем доме механическая (электрическая) система вентиляции?

- Нет  
 Да, всегда включена  
 Да, иногда отключена  
 Не знаю

Используете ли вы открывающиеся окна или двери для вентиляции жилища?

- Нет  
 Да

Если Вы используете окна или двери для вентиляции дома, укажите, как часто вы это делаете?

	(Почти) никогда	Почти каждый день	Каждый день на короткое время	Каждый день на долгое время (например, на полдня)
Осенью и зимой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Весной и летом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Есть ли в Вашем доме вентиляционные отверстия (вентиляционные решетки) в окнах, дверях или стенах?

Нет	Да, но иногда они закрыты	Да, они всегда открыты	Не знаю
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Жила ли в вашем доме собака в течение последних 12 месяцев?

- Нет  
 Да

Жила ли в вашем доме кошка в течение последних 12 месяцев?

- Нет  
 Да

Какая у Вас профессия / специальность? .....

Пожалуйста, опишите Вашу настоящую работу: .....

Как давно Вы там работаете?.....лет

Контактируете ли Вы со следующими веществами в своей работе? *Воздействие может происходить через кожу и/или при вдыхании.*

	Нет	Да	Не знаю
Продукты сгорания, включая выхлопы бензина/дизеля, золу или сажу.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Металлы (такие как ртуть, свинец, кадмий, хром и т. д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Краски, другие покрытия для поверхностей, лаки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Цветная печать	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пластификаторы и пластмассы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пестициды, биоциды или дезинфицирующие средства (гербициды, фунгициды, инсектициды или бактерициды)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Косметические средства или средства по уходу за волосами (краски для волос и т. д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если в Вашей профессиональной деятельности Вы подвергаетесь воздействию веществ, упомянутых в предыдущем вопросе, укажите их происхождение: *Например, литейное производство, сланцевый химический завод, сельское хозяйство, теплоэлектростанция, горнодобывающая промышленность, переработка отходов и т.д.* .....

## Состояние здоровья

Каков Ваш рост? .....СМ

Сколько Вы весите? .....КГ

Какой у Вас обхват талии? ..... СМ

Были ли у Вас когда-либо в зубах амальгамные пломбы (серые ртутьсодержащие пломбы) и/или зубные пломбы (белые светоотверждаемые пломбы)?

Нет  
 Да  
 Не могу сказать

Если у Вас пломба из серой амальгамы, то на скольких зубах?.....

Если у вас белые зубные пломбы, то на скольких зубах?.....

Если у Вас есть пломба из серой амальгамы, когда она была установлена? Пожалуйста, укажите год: .....

Если у вас есть белая зубная пломба, когда она была установлена? Пожалуйста, укажите год: .....

Если вам удалили амальгамную пломбу, укажите год ее удаления: .....

Если вам удалили зубную пломбу, укажите год ее удаления: .....

Носите ли вы очки и/или контактные линзы?  Нет  Да, контактные линзы  
 Да, очки  Да, и очки, и линзы

Были ли у Вас диагностированы следующие заболевания? *Также укажите, в каком возрасте Вам поставили диагноз*

	Никогда	Да, в течение последних 12 месяцев	Да, более 12 месяцев назад	Не могу сказать	Позраст постановки диагноза
Астма, включая аллергическую астму	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), эмфизема	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Высокое кровяное давление (гипертония)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Высокий уровень холестерина в крови	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Диабет 1 типа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Диабет 2 типа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Заболевание щитовидной железы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Аллергический ринит (зуд в носу, чихание, насморк или заложенность носа)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Аллергический конъюнктивит или воспаление конъюнктивы глаза	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Аллергический дерматит	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Какая-то другая аллергия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Заболевания почек	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Рак (злокачественные новообразования, включая лейкемию и лимфому)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Хроническое тревожное расстройство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Хроническая депрессия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Другая проблема с психическим здоровьем	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Аутизм или расстройство аутистического спектра	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
синдром Аспергера	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Нейродегенеративные заболевания (болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и др.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Неврологические расстройства	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Гинекологические заболевания (только у женщин)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Заболевания простаты (только у мужчин)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Какая-то другая болезнь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

Если Вы ответили «Какое-то другое заболевание», пожалуйста уточните

.....

.....

Если Вы ответили утвердительно на вопрос о раке, пожалуйста, укажите, какой это тип рака:

.....

Принимали ли Вы какие-либо лекарства за последние две недели?  Нет  
 Да  
 Не знаю

Если Вы принимали какие-либо лекарства в течение последних двух недель, укажите названия всех лекарств, которые Вы принимали:

.....

Беспокоили ли Вас следующие жалобы за последние три месяца?

	Никогда	Время от времени	Несколько раз в месяц	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5 и более раз в неделю
Трудности с засыпанием	<input type="radio"/>					
Повторные пробуждения с трудностями при засыпании.	<input type="radio"/>					
Преждевременные пробуждения	<input type="radio"/>					
Нарушения сна / беспокойный сон	<input type="radio"/>					

Насколько Вас беспокоят риски для здоровья, связанные с окружающей средой, и их влияние на Ваше здоровье и здоровье Вашей семьи?

Совсем не беспокоят				Очень беспокоят
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

Укажите, пожалуйста, что из перечисленного является, по Вашему мнению, в настоящее время основной причиной заболеваний, возникающих в результате неблагоприятной среды обитания?

*Пожалуйста, отметьте только один ответ.*

Шум (от дорожного движения, промышленности и т. д.)	Опасности рабочей среды	Радиация	Токсичные отходы	Загрязненная еда	Химические вещества в продуктах	Загрязнение воздуха	Не знаю, не могу ответить
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Следующие вопросы предназначены только для женщин

Есть ли у Вас (или была) менструация?  Нет  
 Да

В каком возрасте у Вас начались менструации? в возрасте ..... лет

Есть ли у вас в настоящее время повторяющиеся менструации?  Нет  
 Да

У Вас прекратились менструации из-за менопаузы?  Нет  
 Да

Вы когда-нибудь были беременны? (включая текущую беременность, роды, выкидыш, мертворождение, внематочную беременность или аборт)  Нет  
 Да  
 Не желаю отвечать

Если Вы были беременны, то сколько раз? ..... раз / раза

Если Вы когда-либо были беременны, как закончилась Ваша беременность?

	Выкидыш	Аборт	Роды	Роды / несколько детей сразу	У ребенка врожденный дефект
1-я беременность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-я беременность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-я беременность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-я беременность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-я беременность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-я беременность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ставили ли Вам когда-либо диагноз преэклампсия во время какой-либо из Ваших беременностей?  Нет  
 Да

Кормите ли Вы грудью в настоящее время или кормили когда-либо ранее? *Обратите внимание, что грудное вскармливание включает в себя и сцеживание грудного молока*

Нет	Да, я кормлю грудью в настоящее время	Да, раньше я кормила грудью	Да, и сейчас, и в прошлом	Не желаю отвечать
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если Вы кормили грудью раньше или кормите сейчас, укажите, как долго это продолжалось в месяцах. *Если Вы никогда не кормили грудью, пропустите этот вопрос.*

В настоящее время кормлю грудью	..... месяцев
Грудное вскармливание в прошлом для всех детей вместе взятых	..... месяцев

Текущее грудное вскармливание и предыдущее грудное вскармливание вместе взяты ..... месяцев

**Вы сейчас беременны?**

- Нет  
 Да  
 Не могу сказать

**Проходили ли Вы когда-нибудь обследование или лечение от бесплодия?**

- Нет  
 Да  
 Не желаю отвечать

**Если у Вас были проблемы с рождением детей, в чем была причина?**

Повреждение фаллопиевой трубы	Нарушение овуляции	Эндометриоз	Причина связана с партнером-мужчиной	Причина неясна	Другая причина
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Благодарим за ответы!**