

## Qualità di vita

rev 0.0 2023

|           |                               |   |  |      |
|-----------|-------------------------------|---|--|------|
| Nome      | riporti solamente le iniziali |   |  |      |
| Nato/a il |                               | a |  | Anni |

Le seguenti domande ci permetteranno di conoscerla meglio. Risponda liberamente, tracciando una X sulla faccia che meglio descrive la sua risposta. Non esistono risposte "sbagliate" o "giuste".

Le informazioni raccolte saranno trattate in modo confidenziale.

|  |  |    |    |    |    |    |
|--|--|---|---|---|---|---|
|  |  | No  | Un po'  | Abbastanza  | Molto/ Tanto  | Moltissimo/<br>Tantissimo   |
| 1                                      | Ha difficoltà nell'eseguire lavori faticosi (es. sollevare una valigia o trasportare una borsa della spesa pesante)? |   |   |   |   |   |
| 2                                      | Ha difficoltà a fare una lunga passeggiata?  |   |   |   |   |   |
| 3                                      | Ha difficoltà a fare una breve passeggiata fuori casa?   |   |   |   |   |   |
| 4                                      | Ha bisogno di stare a letto o su una sedia durante il giorno?  |   |   |   |   |   |
| 5                                      | Ha bisogno di aiuto per mangiare, lavarsi, vestirsi, o andare in bagno?  |   |   |   |   |   |
| <b>Durante gli ultimi sette giorni</b> |  |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | No  | Un po'  | Abbastanza  | Molto/ Tanto  | Moltissimo/<br>Tantissimo   |
| 6                                      | Ha avuto limitazioni nel fare il Suo lavoro o i lavori di casa?  |   |   |   |   |   |
| 7                                      | Ha avuto limitazioni nel praticare i Suoi passatempi o altre attività di divertimento o svago?                       |   |   |   |   |   |
| 8                                      | Le è mancato il fiato?   |   |   |   |   |   |
| 9                                      | Ha avuto dolore?   |   |   |   |   |   |
| 10                                     | Ha avuto bisogno di riposo?  |   |   |   |   |   |
| 11                                     | Ha avuto difficoltà a dormire?   |   |   |   |   |   |

## Qualità di vita

rev 0.0 2023

|    |   |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|---|---|---|
|    |   | No  | Un po'  | Abbastanza  | Molto/ Tanto  | Moltissimo/<br>Tantissimo   |
| 12 | Si è sentito/a debole?  |   |   |   |   |   |
| 13 | Le è mancato l'appetito?  |   |   |   |   |   |
| 14 | Ha avuto nausea?  |   |   |   |   |   |
| 15 | Ha vomitato?  |   |   |   |   |   |
| 16 | Ha avuto difficoltà ad andare in bagno (es. stitichezza)?   |   |   |   |   |   |
| 17 | Ha avuto diarrea?   |   |   |   |   |   |
| 18 | Si è sentita/o stanca/o, priva/o di forze?  |   |   |   |   |   |
| 19 | Il dolore ha interferito con le sue attività quotidiane?  |   |   |   |   |   |
| 20 | Ha avuto difficoltà a concentrarsi ad esempio nel leggere un giornale, un libro o a guardare la TV?                   |   |   |   |   |   |
| 21 | Si è sentito/a agitato/a, nervoso/a?  |   |   |   |   |   |
| 22 | Si è preoccupato/ a?  |   |   |   |   |   |
| 23 | Si è sentita/o irritabile?  |   |   |   |   |   |
| 24 | Si è sentito/a depresso/a?  |   |   |   |   |   |
| 25 | Ha avuto difficoltà nel ricordare le cose?  |   |   |   |   |   |
| 26 | Le Sue condizioni fisiche o i trattamenti medici a cui si è sottoposto/a hanno interferito con la Sua vita familiare? |   |   |   |   |   |
| 27 | Le Sue condizioni fisiche o i trattamenti medici a cui si è sottoposto/a hanno interferito con la Sua vita sociale?   |   |   |   |   |   |
| 28 | Le Sue condizioni fisiche o i trattamenti medici a cui si è sottoposto/a Le hanno causato difficoltà finanziarie?     |   |   |   |   |   |

Per le seguenti domande ponga un segno su un numero da 1 a 7 dove 1 indica Pessimo e 7 indica Ottima

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | Come valterebbe in generale la Sua salute durante gli ultimi 7 giorni?          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30 | Come valterebbe in generale la Sua qualità di vita durante gli ultimi 7 giorni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma e Timbro dell'operatore che raccoglie il questionario \_\_\_\_\_