











## 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/ 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/ 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/ 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 \_\_\_\_\_