
La Sua Salute e il Suo Benessere

ISTRUZIONI: Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete. Ringraziandola per la collaborazione, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande.

Per cortesia faccia una crocetta sulla casella che meglio corrisponde alla Sua risposta.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è:

Eccellente	Molto buona	Buona	Passabile	Scadente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la Sua salute in generale?

Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa	Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa	Più o meno uguale rispetto ad un anno fa	Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa	Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

Per cortesia faccia una crocetta ☒ per ogni domanda

SI, mi limita parecchio	SI, mi limita parzialmente	NO, non mi limita per nulla
▼	▼	▼

- a Attività fisicamente impegnative, come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi ₁ ₂ ₃
- b Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giretto in bicicletta ₁ ₂ ₃
- c Sollevare o portare le borse della spesa ₁ ₂ ₃
- d Salire qualche piano di scale ₁ ₂ ₃
- e Salire un piano di scale ₁ ₂ ₃
- f Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi ₁ ₂ ₃
- g Camminare per un chilometro ₁ ₂ ₃
- h Camminare per qualche centinaia di metri ₁ ₂ ₃
- i Camminare per circa cento metri ₁ ₂ ₃
- j Fare il bagno o vestirsi da soli ₁ ₂ ₃

4. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
▼	▼	▼	▼	▼

- a Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- b Ha reso meno di quanto avrebbe voluto..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- c Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- d Ha avuto difficoltà nell' eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica)..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

5. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
▼	▼	▼	▼	▼

- a Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- b Ha reso meno di quanto avrebbe voluto..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- c Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

6. Nelle ultime 4 settimane, in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte?

Per nulla	Leggermente	Un po'	Molto	Moltissimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane?

Nessuno	Molto lieve	Lieve	Moderato	Forte	Molto forte
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

Per nulla	Molto poco	Un po'	Molto	Moltissimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...

	Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
	▼	▼	▼	▼	▼
a vivace e brillante?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b molto agitato?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d calmo e sereno?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e pieno di energia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f scoraggiato e triste?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g sfinito?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h felice?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i stanco?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

11. Scelga la risposta che meglio descrive quanto siano VERE o FALSE le seguenti affermazioni.

Certamente vero	In gran parte vero	Non so	In gran parte falso	Certamente falso
▼	▼	▼	▼	▼

- a Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- b La mia salute è come quella degli altri ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- c Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- d Godo di ottima salute ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Grazie per la Sua gentile collaborazione!