

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

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.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

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

<u>/ 1 /</u>	<u>/ 2 /</u>	<u>/ 3 /</u>	<u>/ 4 /</u>	<u>/ 5 /</u>
Eccellente	Molto buona	Buona	Passabile	Scadente

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?

	SI, mi limita parecchio	SI, mi limita parzialmente	NO, non mi limita per nulla
2. Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	<u>/ 1 /</u>	<u>/ 2 /</u>	<u>/ 3 /</u>
3. Salire qualche piano di scale	<u>/ 1 /</u>	<u>/ 2 /</u>	<u>/ 3 /</u>

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

	SI	NO
4. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto	<u>/ 1 /</u>	<u>/ 2 /</u>
5. Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività	<u>/ 1 /</u>	<u>/ 2 /</u>

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

- | | SI | NO | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 6. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto | <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | | | |
| 7. Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività | <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | | | |
| 8. <u>Nelle ultime 4 settimane</u> , in che misura il <u>dolore</u> l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)? | <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | <u>/ 3 /</u> | <u>/ 4 /</u> | <u>/ 5 /</u> |
| | Per nulla | Molto poco | Un po' | Molto | Moltissimo |

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 | Molto tempo | Una parte del tempo | Quasi mai | Mai |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|
| 9. calmo e sereno? | <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | <u>/ 3 /</u> | <u>/ 4 /</u> | <u>/ 5 /</u> | <u>/ 6 /</u> |
| 10. pieno di energia? | <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | <u>/ 3 /</u> | <u>/ 4 /</u> | <u>/ 5 /</u> | <u>/ 6 /</u> |
| 11. scoraggiato e triste? | <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | <u>/ 3 /</u> | <u>/ 4 /</u> | <u>/ 5 /</u> | <u>/ 6 /</u> |

12. 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 | Molto tempo | Una parte del tempo | Quasi mai |
|--------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|
| <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | <u>/ 3 /</u> | <u>/ 4 /</u> | <u>/ 5 /</u> |
| <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | <u>/ 3 /</u> | <u>/ 4 /</u> | <u>/ 5 /</u> |
| <u>/ 1 /</u> | <u>/ 2 /</u> | <u>/ 3 /</u> | <u>/ 4 /</u> | <u>/ 5 /</u> |