

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).
- di prestare il consenso alla rilevazione della propria temperatura corporea.

In fede,

\_\_\_\_\_  
[data e firma]

\_\_\_\_\_  
**Note**

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.
3. Chi rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come stabilito dall' art. 76 del DPR 445/2000.



# QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DELLA VITA



Il presente questionario ha l'obiettivo di valutare la sua qualità di vita. Tutte le informazioni che emergeranno saranno inserite nella sua cartella clinica e utilizzate solo a scopo scientifico.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

1. Come giudica la sua salute in rapporto alla sua età?  
 eccellente  buona  soddisfacente  mediocre  scadente
2. Come giudica globalmente la qualità della sua vita rispetto a 5 anni fa?  
 molto meglio  un pò meglio  invariata  un pò peggio  molto peggio
3. Come giudica globalmente la qualità della sua vita nell'ultima settimana?  
 eccellente  buona  soddisfacente  mediocre  scadente

## UMORE

Le prossime 9 domande riguardano le sue condizioni nell'ultimo mese.

4. Ha la tendenza a sentirsi stanca?  
 al mattino  nel pomeriggio  solo la sera  dopo uno sforzo intenso  quasi mai
5. Si sente depressa?  
 quasi ogni giorno  da 3 a 5 giorni la settimana  1 o 2 giorni la settimana  
 una volta ogni tanto  quasi mai
6. Si sente sola?  
 quasi ogni giorno  da 3 a 5 giorni la settimana  1 o 2 giorni la settimana  
 una volta ogni tanto  quasi mai
7. Si sente piena d'energia?  
 quasi ogni giorno  da 3 a 5 giorni la settimana  1 o 2 giorni la settimana  
 una volta ogni tanto  quasi mai
8. Ha fiducia nel suo futuro?  
 mai  raramente  talvolta  abbastanza spesso  sempre
9. Si irrita per piccoli problemi?  
 mai  raramente  talvolta  abbastanza spesso  sempre
10. Sono facili i suoi contatti con la gente?  
 mai  raramente  talvolta  abbastanza spesso  sempre
11. Si sente di buon umore per la maggior parte della giornata?  
 mai  raramente  talvolta  abbastanza spesso  sempre
12. Ha paura di diventare completamente dipendente dagli altri?  
 mai  raramente  talvolta  abbastanza spesso  sempre



## QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DELLA VITA



### TEMPO LIBERO, ATTIVITA' SOCIALI

13. E'in grado di fare qualche sport ora?  
 si       si, con qualche limitazione       no
14. Riesce a badare al suo giardino?  
 si       si, con qualche limitazione       no       non valutabile
15. Pratica qualche hobby ora?  
 si       si, con qualche limitazione       no
16. Riesce ad andare al cinema, al teatro ecc.?  
 si       si, con qualche limitazione  
 no       non ci sono cinema e teatri ad una distanza ragionevole
17. Con quale frequenza ha fatto visita a parenti ed amici negli ultimi 3 mesi?  
 una o più volte la settimana       una o due volte al mese  
 meno di una volta al mese       mai
18. Con che frequenza ha partecipato alle seguenti manifestazioni sociali negli ultimi 3 mesi (funzioni religiose, feste di beneficenza, riunioni di circolo)?  
 una o più volte la settimana       una o due volte al mese  
 meno di una volta al mese       mai
19. La sua malattia interferisce con la sua intimità (compreso il rapporto sessuale)?  
 no       un po'       abbastanza       in maniera grave       non valutabile

### DEAMBULAZIONE

*Le prossime 8 domande riguardano le condizioni attuali.*

20. Riesce ad alzarsi da una sedia?  
 senza difficoltà       con poca difficoltà       con modesta difficoltà  
 con grande difficoltà       solo se mi aiutano
21. Riesce a piegarsi sul tronco?  
 facilmente       abbastanza facilmente       con qualche sforzo  
 molto poco       impossibile
22. Riesce ad inginocchiarsi?  
 facilmente       abbastanza facilmente       con qualche sforzo  
 molto poco       impossibile
23. Riesce a salire un piano di scale?  
 senza difficoltà       con poca difficoltà       devo fermarmi almeno una volta  
 solo se mi aiutano       impossibile
24. Riesce a camminare per 100 metri?  
 rapidamente senza fermarmi       lentamente senza fermarmi  
 lentamente con almeno una fermata       solo se mi aiutano       impossibile
25. Quante volte è uscita di casa la settimana scorsa?  
 ogni giorno       5-6 giorni la settimana       3-4 giorni la settimana  
 1-2 giorni la settimana       meno di una volta la settimana
26. Riesce ad usare il mezzo di trasporto pubblico?  
 senza difficoltà       con poca difficoltà       con una certa difficoltà  
 con grande difficoltà       solo se mi aiutano



## QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DELLA VITA



### LAVORI DOMESTICI

Le prossime 5 domande riguardano le condizioni attuali. Se altre persone fanno queste cose in casa sua, risponda come se fosse Lei a doverle fare.

27. Può fare le pulizie di casa?  
 senza difficoltà    con poca difficoltà    con modesta difficoltà  
 con grande difficoltà    impossibile
28. Può preparare i pasti?  
 senza difficoltà    con poca difficoltà    con modesta difficoltà  
 con grande difficoltà    impossibile
29. Può lavare i piatti e le stoviglie?  
 senza difficoltà    con poca difficoltà    con modesta difficoltà  
 con grande difficoltà    impossibile
30. Può fare la spesa tutti i giorni?  
 senza difficoltà    con poca difficoltà    con modesta difficoltà  
 con grande difficoltà    impossibile
31. Riesce a sollevare un oggetto che pesa 10 Kg (es. 6 bottiglie d'acqua, o un bambino di un anno) e a trasportarlo per almeno 10 metri?  
 senza difficoltà    con poca difficoltà    con modesta difficoltà  
 con grande difficoltà    impossibile

### ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

Le prossime 4 domande riguardano le condizioni attuali.

32. Ha problemi per vestirsi?  
 nessuna difficoltà    qualche difficoltà    modeste difficoltà  
 posso aver bisogno di aiuto    impossibile senza aiuto
33. Ha problemi per fare la doccia o il bagno?  
 nessuna difficoltà    qualche difficoltà    modeste difficoltà  
 posso aver bisogno di aiuto    impossibile senza aiuto
34. Ha problemi a sedersi e ad usare la toilette?  
 nessuna difficoltà    qualche difficoltà    modeste difficoltà  
 posso aver bisogno di aiuto    impossibile senza aiuto
35. Riposa durante la notte?  
 dormo tranquilla    talvolta mi sveglio    mi sveglio spesso  
 talvolta rimango sveglia per ore    talvolta passo la notte insonne

### DOLORE

Le 5 domande di questo paragrafo riguardano le sue condizioni durante la scorsa settimana. Risponda SOLO se ha dolori, altrimenti passi alla sezione "Trattamento farmacologico" .

36. Con quale frequenza ha avuto episodi dolorosi la settimana scorsa?  
 mai    1 giorno alla settimana o meno    2-3 giorni alla settimana  
 4-6 giorni alla settimana    ogni giorno
37. Se ha avuto episodi dolorosi, per quanto tempo lo ha avvertito durante la giornata?  
 mai    1-2 ore    3-5 ore    6-10 ore    tutto il giorno
38. Come definirebbe il suo dolore quando è nel momento peggiore?  
 modesto    fastidioso    molto forte    insopportabile



## QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DELLA VITA



39. Come è il suo dolore negli altri momenti della giornata?  
 inesistente     modesto     fastidioso     molto forte     insopportabile
40. Quante volte, nel corso della scorsa settimana, il dolore le ha disturbato il sonno?  
 mai     una volta a settimana     due volte a settimana  
 a notti alterne     ogni notte

### TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

41. Assume terapia farmacologica?  
 sì     no

Se sì, quanto incide il trattamento farmacologico nella percezione personale della qualità della vita?  
 Per niente     Poco     Abbastanza     Molto     Moltissimo

42. Ha rifiutato il trattamento farmacologico?  
 sì     no
43. Negli ultimi 6 mesi ha aumentato il numero dei farmaci?  
 sì     no
44. Negli ultimi 6 mesi ha aumentato il dosaggio dei farmaci?  
 sì     no

- GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE -

Il presente questionario è stato tratto in parte dal **Questionario sulla qualità di vita - Quality of Life Questionnaire/ Italian version** (© International Osteoporosis Foundation) e parzialmente riadattato Gennaio 2011