



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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER MINORENNI

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail: _____

nella qualità di genitore esercente la potestà genitoriale sul minore

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

nato _____ il _____

residente a _____ Via _____

essendo stato informato:

- dell'identità del Titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- del diritto alla revoca del consenso

Così come indicati nell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

DICHIARA

- di consentire**
- di non consentire**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, nonché della normativa, anche nazionale, in materia di protezione dei dati personali, applicabile *pro tempore*, al trattamento dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate, secondo le modalità e nei limiti di cui alla stessa.

Senza il Suo consenso non sarà possibile fornire, in tutto o in parte, i servizi richiesti.

Il Titolare del trattamento dei dati è ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA S.R.L., con sede in via L. De Nadai n. 8 int.5, Vittorio Veneto (TV). In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del Reg. UE 2016/679, per avere informazioni, accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati e dei dati del minore. Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa utente per il trattamento dei dati fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede e nel sito internet www.istitutodimedycinadello sport.it.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Via _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail: _____, essendo stato informato:

- dell'identità del Titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- del diritto alla revoca del consenso

Così come indicati nell'Informativa di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

DICHIARA

- di consentire**
- di non consentire**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, nonché della normativa, anche nazionale, in materia di protezione dei dati personali, applicabile *pro tempore*, al trattamento dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate, secondo le modalità e nei limiti di cui alla stessa.

Senza il Suo consenso non sarà possibile fornire, in tutto o in parte, i servizi richiesti.

Il Titolare del trattamento dei dati è ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA S.R.L. con sede in via L. De Nadai n. 8 int.5, Vittorio Veneto (TV). In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del Reg. UE 2016/679, per avere informazioni, accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati. Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa utente per il trattamento dei dati fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede e nel sito internet www.istitutodimedecinadellosport.it.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)