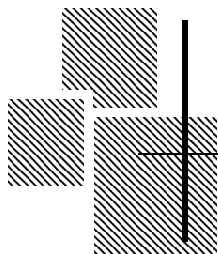


ALL'AMMISSIONE

Nella lista seguente troverete alcuni problemi di riscontro quotidiano. Scorrete la lista e segnate il quadrato corrispondente al SI per ogni problema riscontrato attualmente, e al NO per ogni problema che non avete. Si prega di rispondere ad ogni domanda. In caso non siate sicuri se rispondere SI o NO, segnate la risposta che voi ritenete più verosimile rispetto alla vostra condizione.

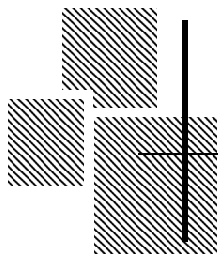
QOL1	Sono continuamente stanco	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL2	Provo sofferenza di notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL3	La mia situazione mi deprime	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL4	Provo una sofferenza insostenibile	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL5	Prendo pillole per dormire	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL6	Ho scordato cosa significhi divertirmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL7	Mi sento I nervi a fior di pelle	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL8	Provo fatica a cambiare posizione	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL9	Mi sento solo	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL10	Riesco a camminare solo in casa	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL11	Provo difficoltà a piegarmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL12	Ogni azione mi costa fatica	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL13	Mi sveglio presto al mattino	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL14	Non riesco affatto a camminare	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL15	Trovo difficile avere contatti con la gente	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL16	I gioni sembrano trascinarsi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL17	Ho difficoltà a salire e scendere scale o scalini	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL18	Ho difficoltà a raggiungere gli oggetti	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL19	Provo sofferenza a camminare	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL20	Perdo la calma facilmente negli ultimi tempi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL21	Ho la sensazione che nessuno mi sia vicino	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL22	Rimango sveglio per la maggior parte della notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL23	Mi sento come se stessi perdendo il controllo	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL24	Provo sofferenza quando devo stare in piedi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL25	Provo difficoltà a vestirmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL26	Esaurisco presto le energie	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL27	Provo difficoltà a restare a lungo in piedi (ad. Es.: in attesa dell'autobus)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL28	Provo una sofferenza continua	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL29	Mi occorre molto tempo per addormentarmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL30	Mi sembra essere di peso agli altri	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL31	La preoccupazione mi tiene sveglio di notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL32	Ho la sensazione che la vita non meriti di essere vissuta	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL33	Dormo male la notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL34	Provo difficoltà ad andare d'accordo con la gente	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL35	Mi occorre un aiuto per camminare fuori casa	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL36	Provo sofferenza a salire o scendere scale o scalini	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL37	Mi sveglio in uno stato di depressione	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL38	Provo sofferenza quando sono seduto	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N



ALL'AMMISSIONE

Ora vorremmo che pensaste alle attività nella vostra vita che possono essere influenzate dal vostro stato di salute. Nella lista seguente, segnare SI per le attività della vostra vita che risultano influenzate dal vostro stato di salute. Segnare NO per ogni attività che non è influenzata o che non appartiene al caso vostro. Il vostro stato di salute causa problemi a:

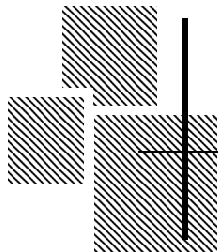
QOL39	Impegno di lavoro (retribuito)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL40	Impegno domestico (pulire, cucinare, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL41	Vita sociale (uscire, vedere amici, andare al bar, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL42	Vita domestica (relazioni con le altre persone di casa)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL43	Vita sessuale	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL44	Interessi e Hobbies (sport, bricolage, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL45	Vacanze (estive, invernali, weekend, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N



AL FOLLOW-UP

Nella lista seguente troverete alcuni problemi di riscontro quotidiano. Scorrete la lista e segnate il quadrato corrispondente al SI per ogni problema riscontrato attualmente, e al NO per ogni problema che non avete. Si prega di rispondere ad ogni domanda. In caso non siate sicuri se rispondere SI o NO, segnate la risposta che voi ritenete più verosimile rispetto alla vostra condizione.

QOL46	Sono continuamente stanco	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL47	Provo sofferenza di notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL48	La mia situazione mi deprime	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL49	Provo una sofferenza insostenibile	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL50	Prendo pillole per dormire	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL51	Ho scordato cosa significhi divertirmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL52	Mi sento I nervi a fior di pelle	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL53	Provo fatica a cambiare posizione	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL54	Mi sento solo	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL55	Riesco a camminare solo in casa	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL56	Provo difficoltà a piegarmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL57	Ogni azione mi costa fatica	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL58	Mi sveglio presto al mattino	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL59	Non riesco affatto a camminare	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL60	Trovo difficile avere contatti con la gente	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL61	I gioni sembrano trascinarsi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL62	Ho difficoltà a salire e scendere scale o scalini	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL63	Ho difficoltà a raggiungere gli oggetti	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL64	Provo sofferenza a camminare	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL65	Perdo la calma facilmente negli ultimi tempi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL66	Ho la sensazione che nessuno mi sia vicino	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL67	Rimango sveglio per la maggior parte della notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL68	Mi sento come se stessi perdendo il controllo	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL69	Provo sofferenza quando devo stare in piedi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL70	Provo difficoltà a vestirmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL71	Esaurisco presto le energie	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL72	Provo difficoltà a restare a lungo in piedi (ad. Es.: in attesa dell'autobus)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL73	Provo una sofferenza continua	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL74	Mi occorre molto tempo per addormentarmi	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL75	Mi sembra essere di peso agli altri	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL76	La preoccupazione mi tiene sveglio di notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL77	Ho la sensazione che la vita non meriti di essere vissuta	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL78	Dormo male la notte	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL79	Provo difficoltà ad andare d'accordo con la gente	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL80	Mi occorre un aiuto per camminare fuori casa	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL81	Provo sofferenza a salire o scendere scale o scalini	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL82	Mi sveglio in uno stato di depressione	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL83	Provo sofferenza quando sono seduto	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N



AL FOLLOW-UP

Ora vorremmo che pensaste alle attività nella vostra vita che possono essere influenzate dal vostro stato di salute. Nella lista seguente, segnare SI per le attività della vostra vita che risultano influenzate dal vostro stato di salute. Segnare NO per ogni attività che non è influenzata o che non appartiene al caso vostro. Il vostro stato di salute causa problemi a:

QOL84	Impegno di lavoro (retribuito)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL85	Impegno domestico (pulire, cucinare, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL86	Vita sociale (uscire, vedere amici, andare al bar, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL87	Vita domestica (relazioni con le altre persone di casa)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL88	Vita sessuale	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL89	Interessi e Hobbies (sport, bricolage, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
QOL90	Vacanze (estive, invernali, weekend, ...)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N