

AQoL-6D Copia del ricercatore (Researchers Copy)

1. L' AUTONOMIA

Q1 Quanto aiuto Le serve per eseguire le attività domestiche (per esempio: preparare i pasti, fare le pulizie di casa, o fare del giardinaggio):

Q2 Quanto è facile/difficile spostarsi da solo/a fuori casa (per esempio: fare la spesa, fare visite):

Q3 Riguardo alla Sua mobilità, anche con l' utilizzo di ausili o attrezzature quali sedie a rotelle, deambulatori, bastoni:

Q4 Riguardo alla Sua igiene personale, al vestirsi, all' alimentazione e alla cura personale:

2. I RAPPORTI

Q5 I Suoi rapporti più stretti e intimi (comprese eventuali relazioni sessuali) La rendono:

Q6 Riguardo alla Sua salute e ai rapporti con la Sua famiglia:

Q7 Riguardo alla sua salute e il ruolo che ha nella comunità (cioè il vicinato, gruppi sportivi, di lavoro, religiosi o culturali):

3. LA SALUTE MENTALE

Q8 Quante volte si è sentito/a disperato/a negli ultimi sette giorni?

Q9 E sempre pensando agli ultimi sette giorni, quante volte si è sentito/a preoccupato/a?

Q10 Quanto spesso si sente triste?

Q11 Rispetto al sentirsi calmi, tranquilli o agitati:

4. AFFRONTARE LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Q12 Riguardo all'energia di cui dispone per svolgere le attività che ama:

Q13 Quanto spesso si sente in controllo della sua vita?

Q14 In quale misura ritiene di riuscire a far fronte ai problemi della vita?

5. IL DOLORE

Q15 Riguardo a quanto spesso prova intenso dolore:

Q16 Quanto dolore o disagio prova?:

Q17 Quanto spesso il dolore interferisce con le Sue normali attività?

6. I SENSI

Q18 Riguardo alla Sua vista (eventualmente con occhiali o lenti a contatto):

Q19 Riguardo all'udito (con un apparecchio acustico se necessario):

Q20 Nelle comunicazioni con gli altri, per esempio: parlando, ascoltando, scrivendo o per mezzo del linguaggio dei segni: