

AQoL-6D Copia Raccolta Dati (Data Collection Copy)

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

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

- Riesco ad eseguire tutte queste attività velocemente ed efficientemente senza alcun aiuto
- Riesco ad eseguire queste attività abbastanza facilmente senza aiuto
- Riesco ad eseguire queste attività solo molto lentamente senza aiuto
- Non riesco ad eseguire la maggior parte di queste attività senza aiuto
- Non riesco ad eseguire nessuna di queste attività da solo/a.

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

- spostarmi è divertente e facile
- non ho alcuna difficoltà a spostarmi fuori casa
- un po' di difficoltà
- ho una certa difficoltà
- ho molta difficoltà
- non riesco a spostarmi senza che qualcuno mi aiuti

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

- Mi muovo molto bene
- Non ho alcuna difficoltà a muovermi
- Ho una certa difficoltà a muovermi (per esempio, in salita)
- Ho difficoltà a muovermi. Riesco a percorrere soltanto brevi distanze .
- Ho molta difficoltà a muovermi. Ho bisogno di qualcuno che mi aiuti.
- Sono costretto/a a letto

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

- queste attività sono molto facili per me
- non ho vere difficoltà nell'eseguire queste attività
- trovo alcune di queste attività difficili, ma riesco ad eseguirle da solo/a
- molte di queste attività sono difficili, e ho bisogno di aiuto nell'eseguirle
- non riesco affatto ad eseguire queste attività da solo/a

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

- molto felice
- generalmente felice
- nè felice nè infelice
- generalmente infelice
- molto infelice

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

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

- il mio ruolo in famiglia non è stato alterato dalla mia salute
- ci sono alcune funzioni del mio ruolo in famiglia che non riesco ad eseguire
- ci sono molte funzioni del mio ruolo in famiglia che non riesco ad eseguire
- non riesco ad eseguire nessuna delle funzioni del mio ruolo in famiglia.

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

- il mio ruolo nella comunità non è stato alterato dalla mia salute
- ci sono alcune funzioni del mio ruolo nella comunità che non riesco ad eseguire
- ci sono molte funzioni del mio ruolo nella comunità che non riesco ad eseguire
- non riesco ad eseguire nessuna delle funzioni del mio ruolo nella comunità.

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

- mai
- occasionalmente
- qualche volta
- spesso
- sempre

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

- mai
- occasionalmente
- qualche volta
- spesso
- sempre

Q10 Quanto spesso si sente triste?

- mai
- raramente
- qualche volta
- di solito
- quasi sempre

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

Q11 Rispetto al sentirsi calmi, tranquilli o agitati:

Sono

- sempre calmo/a e tranquillo/a
- di solito calmo/a e tranquillo/a
- qualche volta calmo/a e tranquillo/a, qualche volta agitato/a
- di solito agitato/a
- sempre agitato/a

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

Sono

- sempre pieno/a di energia
- di solito pieno/a di energia
- occasionalmente energico/a
- di solito stanco/a e senza energia
- sempre stanco/a e senza energia

Q13 Quanto spesso si sente in controllo della sua vita?

- sempre
- generalmente
- qualche volta
- solo occasionalmente
- mai

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

- completamente
- generalmente
- in parte
- molto poco
- non affatto

Q15 Riguardo a quanto spesso prova intenso dolore:

Lo provo

- molto raramente
- meno di una volta alla settimana
- tre o quattro volte alla settimana
- la maggior parte del tempo

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

Q16 Quanto dolore o disagio prova?:

- Nessun dolore
- Provo dolore moderato
- Soffro dolore intenso
- Soffro dolore insopportabile.

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

- mai
- raramente
- qualche volta
- spesso
- sempre

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

- Ho una vista eccellente
- La mia vista è normale
- Ho una certa difficoltà a mettere a fuoco gli oggetti oppure non li vedo in modo nitido. Per esempio: i caratteri piccoli, un quotidiano o vedere le cose da lontano.
- Ho molta difficoltà a vedere le cose. La mia vista è annebbiata. Vedo abbastanza per arrangiarmi..
- Vedo solo le sagome. Ho bisogno di aiuto per muovermi
- Sono completamente cieco/a.

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

Ho un udito eccellente

- Il mio udito è normale
- Ho una certa difficoltà a udire oppure non sento chiaramente. Ho problemi a udire le persone che parlano a bassa voce o quando ci sono rumori di fondo.
- Ho difficoltà ad udire chiaramente. Spesso non capisco quello che gli altri dicono. Di solito non prendo parte alle conversazioni perché non sento quello che è stato detto.
- Il mio udito è molto compromesso. Non capisco perfettamente le persone che mi parlano ad alta voce.
- Sono completamente sordo/a.

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

- Non ho alcun problema a parlare con gli altri e a capire ciò che dicono
- Ho una certa difficoltà ad essere capito da persone che non mi conoscono. Non ho alcun problema a capire ciò che gli altri mi dicono.
- Mi capiscono soltanto le persone che mi conoscono bene. Trovo molto difficile capire ciò che gli altri mi dicono.
- Non posso comunicare in modo adeguato con gli altri.