

Quality of Life Questionnaire

Qualeffo-41

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm.

A Dolore

Le 5 nove domande di questo paragrafo riguardano le sue condizioni durante la scorsa settimana.

<p>1 Con quale frequenza ha avuto mal di schiena la settimana scorsa?</p>	<p><input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> 1 giorno alla settimana o meno <input type="checkbox"/> 2-3 giorni alla settimana <input type="checkbox"/> 4-6 giorni alla settimana <input type="checkbox"/> ogni giorno</p>
<p>2 Se ha avuto mal di schiena, per quanto tempo lo ha avvertito durante la giornata?</p>	<p><input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> 1-2 ore <input type="checkbox"/> 3-5 ore <input type="checkbox"/> 6-10 ore <input type="checkbox"/> tutto il giorno</p>
<p>3 Come definirebbe il suo mal di schiena quando è nel momento peggiore?</p>	<p><input type="checkbox"/> senza mal di schiena <input type="checkbox"/> modesto <input type="checkbox"/> fastidioso <input type="checkbox"/> molto forte <input type="checkbox"/> insopportabile</p>
<p>4 Come è il suo mal di schiena negli altri momenti della giornata?</p>	<p><input type="checkbox"/> inesistente <input type="checkbox"/> modesto <input type="checkbox"/> fastidioso <input type="checkbox"/> molto forte <input type="checkbox"/> insopportabile</p>
<p>5 Nel corso della scorsa settimana il mal di schiena le ha disturbato il settimana sonno?</p>	<p><input type="checkbox"/> meno di una volta alla <input type="checkbox"/> una volta a settimana <input type="checkbox"/> due volte a settimana <input type="checkbox"/> a notti alterne <input type="checkbox"/> ogni notte</p>

B Attivita' di vita quotidiana

Le prossime 4 domande riguardano le condizioni attuali.

6 Ha problemi per vestirsi?	<input type="checkbox"/> nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> qualche difficoltà <input type="checkbox"/> modeste difficoltà <input type="checkbox"/> posso aver bisogno di aiuto <input type="checkbox"/> impossibile senza aiuto
7 Ha problemi per fare la doccia o il bagno?	<input type="checkbox"/> nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> qualche difficoltà <input type="checkbox"/> modeste difficoltà <input type="checkbox"/> posso aver bisogno di aiuto <input type="checkbox"/> impossibile senza aiuto
8 Ha problemi a sedersi e ad usare la toilette?	<input type="checkbox"/> nessuna difficoltà <input type="checkbox"/> qualche difficoltà <input type="checkbox"/> modeste difficoltà <input type="checkbox"/> posso aver bisogno di aiuto <input type="checkbox"/> impossibile senza aiuto
9 Riposa durante la notte?	<input type="checkbox"/> dormo tranquilla <input type="checkbox"/> talvolta mi sveglio <input type="checkbox"/> mi sveglio spesso <input type="checkbox"/> talvolta rimango sveglia per ore <input type="checkbox"/> talvolta passo la notte insonne

C 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.

10 Può fare le pulizie di casa?	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> con modesta difficoltà <input type="checkbox"/> con grande difficoltà <input type="checkbox"/> impossibile
11 Può preparare i pasti?	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> con modesta difficoltà <input type="checkbox"/> con grande difficoltà <input type="checkbox"/> impossibile

<p>12 Può lavare i piatti e le stoviglie?</p>	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> con modesta difficoltà <input type="checkbox"/> con grande difficoltà <input type="checkbox"/> impossibile
<p>13 Può fare la spesa tutti i giorni?</p>	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> con modesta difficoltà <input type="checkbox"/> con grande difficoltà <input type="checkbox"/> impossibile
<p>14 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?</p>	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> con modesta difficoltà <input type="checkbox"/> con grande difficoltà <input type="checkbox"/> impossibile

D Deambulazione

Le prossime 8 domande riguardano le condizioni attuali.

<p>15 Riesce ad alzarsi da una sedia?</p>	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> con modesta difficoltà <input type="checkbox"/> con grande difficoltà <input type="checkbox"/> solo se mi aiutano
<p>16 Riesce a piegarsi sul tronco?</p>	<input type="checkbox"/> facilmente <input type="checkbox"/> abbastanza facilmente <input type="checkbox"/> con qualche sforzo <input type="checkbox"/> molto poco <input type="checkbox"/> impossibile
<p>17 Riesce ad inginocchiarsi?</p>	<input type="checkbox"/> facilmente <input type="checkbox"/> abbastanza facilmente <input type="checkbox"/> con qualche sforzo <input type="checkbox"/> molto poco <input type="checkbox"/> impossibile
<p>18 Riesce a salire un piano di scale?</p>	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> devo fermarmi almeno una volta

	<input type="checkbox"/> solo se mi aiutano <input type="checkbox"/> impossibile
19 Riesce a camminare per 100 metri?	<input type="checkbox"/> rapidamente senza fermarmi <input type="checkbox"/> lentamente senza fermarmi <input type="checkbox"/> lentamente con almeno una fermata <input type="checkbox"/> solo se mi aiutano <input type="checkbox"/> impossibile
20 Quante volte è uscita di casa la settimana scorsa?	<input type="checkbox"/> ogni giorno <input type="checkbox"/> 5-6 giorni la settimana <input type="checkbox"/> 3-4 giorni la settimana <input type="checkbox"/> 1-2 giorni la settimana <input type="checkbox"/> meno di una volta la settimana
21 Riesce ad usare il mezzo di trasporto pubblico?	<input type="checkbox"/> senza difficoltà <input type="checkbox"/> con poca difficoltà <input type="checkbox"/> con una certa difficoltà <input type="checkbox"/> con grande difficoltà <input type="checkbox"/> solo se mi aiutano
22 Si è accorta di mutamenti fisici legati all'osteoporosi (per esempio diminuzione della statura, aumento della circonferenza del bacino, cambiamento di forma della schiena)?	<input type="checkbox"/> no, affatto <input type="checkbox"/> un pochino <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> sensibilmente <input type="checkbox"/> moltissimo

E Tempo libero, attività sociali

23 E' in grado di fare qualche sport ora?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si, con qualche limitazione <input type="checkbox"/> no
24 Riesce a badare al suo giardino?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si, con qualche limitazione <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non valutabile
25 Pratica qualche hobby ora?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si, con qualche limitazione <input type="checkbox"/> no

<p>26 Riesce ad andare al cinema, al teatro ecc.?</p>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> sì, con qualche limitazione <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non ci sono cinema e teatri ad una distanza ragionevole
<p>27 Con quale frequenza ha fatto visita a parenti ed amici negli ultimi 3 mesi?</p>	<input type="checkbox"/> una o più volte la settimana <input type="checkbox"/> una o due volte al mese <input type="checkbox"/> meno di una volta al mese <input type="checkbox"/> mai
<p>28 Con che frequenza ha partecipato alle seguenti manifestazioni sociali negli ultimi 3 mesi (funzioni religiose, feste di beneficenza, riunioni di circolo)?</p>	<input type="checkbox"/> una o più volte la settimana <input type="checkbox"/> una o due volte al mese <input type="checkbox"/> meno di una volta al mese <input type="checkbox"/> mai
<p>29 Il suo mal di schiena interferisce con la sua intimità (compreso il rapporto sessuale)?</p>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> un pò <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> in maniera grave <input type="checkbox"/> non valutabile

F Percezione dello stato di salute

<p>30 Come giudica la sua salute in rapporto alla sua età:</p>	<input type="checkbox"/> eccellente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> soddisfacente <input type="checkbox"/> mediocre <input type="checkbox"/> scadente
<p>31 Come giudica globalmente la qualità della sua vita durante la scorsa settimana?</p>	<input type="checkbox"/> eccellente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> soddisfacente <input type="checkbox"/> mediocre <input type="checkbox"/> scadente
<p>32 Come giudica globalmente la qualità della sua vita rispetto a 10 anni fa?</p>	<input type="checkbox"/> molto meglio <input type="checkbox"/> un pò meglio <input type="checkbox"/> invariata <input type="checkbox"/> un pò peggio <input type="checkbox"/> molto peggio

G Umore

Le prossime 9 domande riguardano le sue condizioni nella settimana scorsa.

33 Ha la tendenza a sentirsi stanca?	<input type="checkbox"/> al mattino <input type="checkbox"/> nel pomeriggio <input type="checkbox"/> solo la sera <input type="checkbox"/> dopo uno sforzo intenso <input type="checkbox"/> quasi mai
34 Si sente depressa?	<input type="checkbox"/> quasi ogni giorno <input type="checkbox"/> da 3 a 5 giorni la settimana <input type="checkbox"/> 1 o 2 giorni la settimana <input type="checkbox"/> una volta ogni tanto <input type="checkbox"/> quasi mai
35 Si sente sola?	<input type="checkbox"/> quasi ogni giorno <input type="checkbox"/> da 3 a 5 giorni la settimana <input type="checkbox"/> 1 o 2 giorni la settimana <input type="checkbox"/> una volta ogni tanto <input type="checkbox"/> quasi mai
36 Si sente piena d'energia?	<input type="checkbox"/> quasi ogni giorno <input type="checkbox"/> da 3 a 5 giorni la settimana <input type="checkbox"/> 1 o 2 giorni la settimana <input type="checkbox"/> una volta ogni tanto <input type="checkbox"/> quasi mai
37 Ha fiducia nel suo futuro?	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> talvolta <input type="checkbox"/> abbastanza spesso <input type="checkbox"/> sempre
38 Si irrita per piccoli problemi?	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> talvolta <input type="checkbox"/> abbastanza spesso <input type="checkbox"/> sempre
39 Sono facili i suoi contatti con la gente?	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> talvolta <input type="checkbox"/> abbastanza spesso <input type="checkbox"/> sempre
40 Si sente di buon umore per la maggior parte	<input type="checkbox"/> mai

della giornata?	<input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> talvolta <input type="checkbox"/> abbastanza spesso <input type="checkbox"/> sempre
41 Ha paura di diventare completamente dipendente dagli altri?	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> talvolta <input type="checkbox"/> abbastanza spesso <input type="checkbox"/> sempre