

Nome: \_\_\_\_\_

## Questionario del paziente

Questo questionario riguarda la salute e la qualità della vita degli **ultimi sette giorni**. Cortesemente risponda a tutte le domande segnando la casella relativa ad ogni domanda.

1. **Dolori.** (segnare una casella con:  )

- non avverto alcun dolore.
- avverto un dolore lieve che non necessita l'uso di farmaci.
- avverto un dolore moderato che richiede l'uso di farmaci comuni (es. paracetamolo).
- avverto forti dolori controllabili solo da farmaci che richiedono prescrizione medica (es. morfina).
- avverto forti dolori, nonostante l'uso dei farmaci.

2. **Aspetto fisico.** (segnare una casella con:  )

- Non c'è cambiamento nel mio aspetto fisico.
- il cambiamento nel mio aspetto fisico è lieve.
- sono a disagio a causa del mio aspetto fisico, ma rimango attivo.
- a causa del mio aspetto fisico mi sento significativamente sfigurato e limito le mie attività.
- a causa del mio aspetto fisico non posso stare con altre persone.

3. **Attività fisiche.** (segnare una casella con:  )

- sono fisicamente attivo come sempre.
- ci sono volte (non spesso) in cui non riesco a mantenere il ritmo che avevo un tempo.
- spesso sono stanco, ho diminuito le mie attività, ma continuo ad uscire.
- non esco perchè non ne ho la forza.
- solitamente sono a letto o sto seduto e non esco di casa.

4. **Attività ricreative.** (segnare una casella con:  )

- non ci sono limitazioni alle attività ricreative a casa e/o fuori casa.
- ci sono alcune cose che non posso fare, ma riesco ancora ad uscire e divertirmi.
- molte volte desidererei poter uscire di più, ma non ce la faccio.
- ci sono grandi limitazioni a quello che posso fare, passo la maggior parte del tempo a casa e guardo la TV.
- non riesco a fare nulla di piacevole.

5. **Deglutizione.** (segnare una casella con:  )

- riesco ad ingoiare così come ho sempre fatto
- non riesco ad ingoiare alcuni cibi solidi.
- riesco ad ingoiare solo cibi liquidi.
- non riesco ad ingoiare perchè "scende dalla parte sbagliata" e soffoco.

6. **Masticazione.** (segnare una casella con:  )

- riesco a masticare così come ho sempre fatto.
- riesco a mangiare cibi morbidi ma non riesco a masticare determinati cibi.
- non riesco a masticare nemmeno cibi morbidi.

7. **Uso della parola.** (segnare una casella con:  )

- riesco a parlare come sempre.
- ho difficoltà a dire alcune parole, ma riesco a farmi capire anche al telefono.
- soltanto la mia famiglia e i miei amici riescono a capirmi.
- non riesco a farmi capire.

8. **Spalla.** (segnare una casella con:  )

- non ho alcun problema con la spalla.
- la spalla è irrigidita, ma questo non ha influito sulle attività o la forza.
- il dolore e la debolezza della spalla mi hanno costretto a cambiamenti nel lavoro/hobby.
- non riesco a lavorare o praticare i miei hobby a causa dei problemi alla spalla.

9. **Il gusto.** (segnare una casella con:  )

- il sapore dei cibi è rimasto inalterato.
- il sapore della maggior parte dei cibi è rimasto inalterato .
- sento il sapore di alcuni cibi.
- non sento il sapore dei cibi.

10. **Salivazione.** (segnare una casella con:  )

- la mia salivazione è di normale.
- ho meno saliva del solito, ma comunque sufficiente.
- ho troppo poca salivazione.
- non ho salivazione.

11. **Umore.** (segnare una casella con:  )

- il mio umore è eccellente e inalterato dal cancro.
- il mio umore è generalmente buono e solo occasionalmente alterato a causa del cancro.
- non sono né di buon umore, né depresso a causa del cancro.
- sono piuttosto depresso a causa del cancro.
- sono seriamente depresso a causa del cancro.

12. **Ansia.** (segnare una casella con:  )

- non sono preoccupato a causa del cancro.
- sono un po' preoccupato a causa del cancro.
- sono preoccupato a causa del cancro.
- sono molto preoccupato a causa del cancro.

13. Quali delle seguenti problematiche sono state più evidenti durante gli ultimi 7 giorni?

Segna **fino a tre caselle**

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolore              | <input type="checkbox"/> Deglutizione     | <input type="checkbox"/> Gusto       |
| <input type="checkbox"/> Aspetto fisico      | <input type="checkbox"/> Masticazione     | <input type="checkbox"/> Salivazione |
| <input type="checkbox"/> Attività            | <input type="checkbox"/> Uso della parola | <input type="checkbox"/> Umore       |
| <input type="checkbox"/> Attività ricreative | <input type="checkbox"/> Spalla           | <input type="checkbox"/> Ansia       |

## DOMANDE DI CARATTERE GENERALE

14. **Rispetto al mese precedente alla comparsa del cancro**, come valuterebbe il livello di qualità della vita relazionato allo stato di salute? (segnare una casella con:  )

- molto migliore
- tutto sommato migliore
- immutato
- tutto sommato peggiore
- molto peggiore

15. In generale, direste che la qualità della vita relazionato allo stato di salute durante gli ultimi 7 giorni è stato: (segnare una casella con:  )

- straordinario
- molto buono
- buono
- accettabile
- scarso
- molto scarso

16. In generale la qualità della vita non include soltanto gli aspetti fisici e mentali, ma anche altri fattori quali: la famiglia, gli amici, la spiritualità o le attività di svago che sono poi importanti per godere appieno della vita. Considerando quindi tutto ciò che nella vita contribuisce al vostro benessere, valutate **nel complesso la vostra qualità della vita** durante gli ultimi 7 giorni. (segnare una casella con:  )

- straordinaria
- molto buona
- buona
- accettabile
- scarsa
- molto scarsa

---

17. Descrivete gentilmente qualsiasi altro problema (di natura medica o meno) che sia importante per la vostra qualità della vita e che non sia stato trattato nelle nostre domande (se necessario allegare un foglio)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....