

PROGETTO TOTEM

Tempo Numero codice

Gentile Signora,

questo questionario è molto importante per sapere cosa pensa della sua salute e della assistenza che sta ricevendo. Risponda a ciascuna domanda del questionario mettendo una X sulla risposta che più corrisponde alla sua esperienza. Se non si sente certa della risposta da dare, faccia la scelta che le sembra migliore.

Grazie per la sua preziosa collaborazione

1. In generale, direbbe che la sua salute è:

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| <i>Eccellente</i> | <i>Molto buona</i> | <i>Buona</i> | <i>Passabile</i> | <i>Scadente</i> |

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

- | | <i>SI,
mi limita
parecchio</i> | <i>SI,
mi limita
parzialmente</i> | <i>NO,
non mi limita
per nulla</i> |
|---|--|---|--|
| 2. Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere o fare un giro in bicicletta | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> |
| 3. Salire qualche piano di scale | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> |

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?

- | | SI | NO |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 4. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 5. Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depressa o ansiosa)?

- | | SI | NO |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 6. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 7. Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?
- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| <i>Sempre</i> | <i>Quasi sempre</i> | <i>Una parte del tempo</i> | <i>Quasi mai</i> | <i>Mai</i> |

Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentita nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentita ...

- | | <i>Sempre</i> | <i>Quasi sempre</i> | <i>Molto tempo</i> | <i>Una parte del tempo</i> | <i>Quasi mai</i> | <i>Mai</i> |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 9. calma e serena | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 10. piena di energia | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 11. scoraggiata e triste | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |

12. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| <i>Sempre</i> | <i>Quasi sempre</i> | <i>Una parte del tempo</i> | <i>Quasi mai</i> | <i>Mai</i> |

13. Nelle ultime 4 settimane, è stata infastidita da malattie, disturbi fisici o dolori? (indichi una risposta)

- | | |
|--|--------------------------------|
| Tutti i giorni | <input type="text" value="1"/> |
| Quasi tutti i giorni | <input type="text" value="2"/> |
| Per circa metà del tempo | <input type="text" value="3"/> |
| Più volte, ma per meno di metà del tempo | <input type="text" value="4"/> |
| Raramente | <input type="text" value="5"/> |

- Mai | 6 |
- 14. Nelle ultime 4 settimane, si è sentita padrona delle sue situazioni, pensieri, emozioni e dei suoi sentimenti? (indichi una risposta)**
- Si, senz'altro | 1 |
- Si, quasi del tutto | 2 |
- Si, generalmente | 3 |
- Non troppo | 4 |
- No, e questo mi disturba un po' | 5 |
- No, e questo mi disturba molto | 6 |
- 15. Nelle ultime 4 settimane, è stata infastidita da stati di tensione o perché aveva i nervi a fior di pelle? (indichi una risposta)**
- Enormemente, tanto da non riuscire a lavorare o ad occuparmi delle cose che dovevo fare | 1 |
- Moltissimo | 2 |
- Parecchio | 3 |
- Abbastanza, tanto da esserne infastidita | 4 |
- Un po' | 5 |
- Per nulla | 6 |
- 16. Nelle ultime 4 settimane, quanta energia o vitalità ha avuto o ha sentito di avere? (indichi una risposta)**
- Decisamente piena di energia - molto vivace | 1 |
- Abbastanza piena di energia per la maggior parte del tempo | 2 |
- Ho avuto notevoli alti e bassi di vitalità ed energia | 3 |
- Il mio livello di energia o vitalità è stato generalmente basso | 4 |
- Il mio livello di energia o vitalità è stato quasi sempre molto basso | 5 |
- Mi sono sentita senza forze, svuotata, priva di energia o vitalità | 6 |
- 17. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentita scoraggiata e triste (indichi una risposta)**
- Mai | 1 |
- Quasi mai | 2 |
- Una parte del tempo | 3 |
- Molto tempo | 4 |
- Quasi sempre | 5 |
- Sempre | 6 |
- 18. Nelle ultime 4 settimane, si è sentita così bene da fare quello che desiderava o doveva fare? (indichi una risposta)**
- Si, decisamente | 1 |
- Si, per fare quasi tutto quello che desideravo o dovevo fare | 2 |
- I miei problemi di salute mi hanno limitato in alcune cose importanti | 3 |
- A causa della mia salute sono appena in grado di prendermi cura di me stessa | 4 |
- Ho avuto bisogno di qualche aiuto per occuparmi di me stessa | 5 |
- Ho avuto bisogno di aiuto per tutto o quasi tutto quello che dovevo fare | 6 |
- 19. Nelle ultime 4 settimane, si è sentita tanto triste, scoraggiata, disperata o ha avuto tanti problemi da chiedersi se valesse la pena di andare avanti? (indichi una risposta)**
- Si, enormemente, tanto da essere quasi sul punto di lasciare perdere tutto | 1 |
- Si, moltissimo | 2 |
- Si, parecchio | 3 |
- Si, abbastanza, tanto da turbarmi | 4 |
- Un po' | 5 |
- Per nulla | 6 |
- 20. Nelle ultime 4 settimane, la vita quotidiana è stata interessante per me (indichi una risposta)**
- Mai | 1 |
- Quasi mai | 2 |
- Una parte del tempo | 3 |
- Molto tempo | 4 |

Quasi sempre

Sempre

21. Nelle ultime 4 settimane, è stata in ansia, preoccupata o arrabbiata? (indichi una risposta)

Enormemente, tanto da sentirmi male o quasi

Moltissimo

Parecchio

Abbastanza - tanto da turbarmi

Un po'

Per nulla

22. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentita emotivamente stabile e sicura di me stessa (indichi una risposta)

Mai

Quasi mai

Una parte del tempo

Molto tempo

Quasi sempre

Sempre

23. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentita allegra e serena (indichi una risposta)

Mai

Quasi mai

Una parte del tempo

Molto tempo

Quasi sempre

Sempre

24. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentita stanca, esaurita, logorata o sfinita (indichi una risposta)

Mai

Quasi mai

Una parte del tempo

Molto tempo

Quasi sempre

Sempre

Le chiediamo ora di continuare a rispondere alle seguenti domande che si riferiscono al periodo precedente questa visita di controllo in ospedale.

25. Quanto spesso nel periodo in cui ha fatto i suoi esami di controllo (fare una crocetta, cioè una X, per ogni domanda) ...

	<i>Sempre</i>	<i>Quasi sempre</i>	<i>Molto tempo</i>	<i>Una parte del tempo</i>	<i>Quasi mai</i>	<i>Mai</i>
Si è sentita rassicurata sulla sua salute?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
Si è sentita tranquillizzata sui suoi problemi di salute?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
Si è sentita spaventata a causa dei suoi problemi di salute?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
La salute è stata per lei fonte di preoccupazione?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
Si è sentita demoralizzata a causa della sua salute?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>

26. Pensando all'assistenza sanitaria ricevuta, si è sentita soddisfatta (fare una crocetta, cioè una X, per ogni domanda) ...

	<i>Per nulla soddisfatta</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto soddisfatta</i>	<i>Moltissimo</i>
Del rapporto con i medici	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Del rapporto con gli infermieri	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Delle modalità burocratiche per richiedere invalidità o esenzioni	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Del tempo necessario tra la prenotazione di un esame (ad esempio ecografia) e la sua esecuzione	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Degli spazi comuni disponibili (spogliatoi, sala d'attesa)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Della condivisione degli spazi con altri pazienti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Delle informazioni ricevute dal medico durante la visita	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

27. Pensando agli esami che ha appena fatto (fare una crocetta, cioè una X, per ogni domanda)...

	Per nulla	Un po'	Molto	Moltissimo
Ha avuto paura della scoperta di un aggravamento?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Ha avuto problemi o disturbi fisici?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
La visita ha interferito con le attività che svolge abitualmente?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

28. Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcuno degli esami sotto elencati? Se risponde SI, risponda anche alle altre tre domande

Ecografia addome-pelvi	NO	SI	Per nulla	Un po'	Molto	Moltissimo
Se sì, facendo l'esame ha avuto paura della scoperta di un aggravamento?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, facendo l'esame ha avuto problemi o disturbi fisici?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, l'esecuzione dell'esame ha interferito con le attività che svolge abitualmente?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TAC torace, addome, pelvi	NO	SI	Per nulla	Un po'	Molto	Moltissimo
Se sì, facendo l'esame ha avuto paura della scoperta di un aggravamento?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, facendo l'esame ha avuto problemi o disturbi fisici?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, l'esecuzione dell'esame ha interferito con le attività che svolge abitualmente?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

Pap-test	NO	SI	Per nulla	Un po'	Molto	Moltissimo
Se sì, facendo l'esame ha avuto paura della scoperta di un aggravamento?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, facendo l'esame ha avuto problemi o disturbi fisici?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, l'esecuzione dell'esame ha interferito con le attività che svolge abitualmente?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

CA125 (esame del sangue)	NO	SI	Per nulla	Un po'	Molto	Moltissimo
Se sì, facendo l'esame ha avuto paura della scoperta di un aggravamento?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, facendo l'esame ha avuto problemi o disturbi fisici?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, l'esecuzione dell'esame ha interferito con le attività che svolge abitualmente?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

Altro esame	NO	SI	Per nulla	Un po'	Molto	Moltissimo
Se sì, facendo l'esame ha avuto paura della scoperta di un aggravamento?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, facendo l'esame ha avuto problemi o disturbi fisici?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Se sì, l'esecuzione dell'esame ha interferito con le attività che svolge abitualmente?			<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

29. Può indicare il tempo impiegato da lei ed un eventuale accompagnatore, in occasione di visite ed esami? Consideri il tempo dal momento in cui è uscita da casa fino al suo rientro. Se ha fatto più esami in una stessa giornata, le chiediamo di suddividere il tempo totale impiegato tra i vari esami. Ad esempio: se in una giornata ha fatto pap-test ed ecografia e ha impiegato in totale 6 ore, indichi 3 ore per la radiografia del torace e 3 ore per l'ecografia.

	Tempo impiegato da lei	Tempo impiegato dal suo accompagnatore
Visita specialistica	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore
Ecografia addome-pelvi	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore
TAC torace, addome, pelvi	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore
Pap-test	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore
CA125 (esame del sangue)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ore

30. Tra la precedente visita di controllo in questo ospedale e questa visita, ha visto o consultato uno specialista - non il medico dell'ospedale - per qualche problema inerente alla sua malattia dell'endometrio?

NO SI \Rightarrow quante volte?

31. Nel corso di questo primo anno di controlli lei dovrebbe avere eseguito alcune volte l'esame del sangue (CA125), una TAC torace, addome, pelvi, un'ecografia addome completo e un pap-test. Durante quest'anno, ha eseguito anche altri esami legati alla sua malattia dell'endometrio? Se sì, quante volte?

Esami del sangue

TAC torace, addome, pelvi

Ecografia addome-pelvi

Pap-test