



AUTOVALUTAZIONE QUALITA' DELLA VITA

Dare il seguente punteggio per ciascuna risposta:

Mai	0	Significa che non ha mai avuto difficoltà durante la settimana
A volte	1	Significa che ha avuto difficoltà 1, 2, o 3 giorni durante la settimana
Spesso	2	Significa che ha avuto difficoltà 4, 5, 6, o 7 giorni durante la settimana

Mobilità

Quante volte nella settimana passata lei:

1. Ha avuto difficoltà a girarsi nel letto?	
2. Ha avuto difficoltà ad alzarsi da una sedia?	
3. Ha avuto difficoltà a portare oggetti?	
4. Ha avuto difficoltà a girarsi durante il cammino?	
5. Ha avuto freezing o è stato incapace di camminare?	
6. Ha avuto un tremore evidente?	
7. Si è sentito instabile, malfermo?	
8. Ha avuto difficoltà a camminare dentro casa?	
9. Ha avuto difficoltà a camminare in mezzo alla gente?	
10. Ha avuto bisogno di qualcuno che l'accompagnasse fuori?	
11. Non ha fatto qualcosa che voleva fare?	
12. È caduto?	
Subscore per la Mobilità:	

Attività della vita quotidiana

Quante volte nella settimana passata lei:

13. Ha avuto difficoltà ad andare al gabinetto?	
14. Ha avuto difficoltà a fare la doccia o il bagno?	
15. Ha avuto difficoltà a farsi la barba o a truccarsi?	
16. Ha avuto difficoltà a vestirsi o svestirsi?	
17. Ha avuto difficoltà a scrivere in maniera leggibile?	
18. Ha avuto difficoltà ad alimentarsi?	
19. Ha avuto difficoltà a tenere una tazza o un bicchiere?	
20. Ha avuto difficoltà a deglutire?	
Mobility Index (Mobilità + ADL):	

Stato Emotivo

Quante volte nella settimana passata lei:

21. Si è sentito depresso?	
22. Si è sentito isolato o abbandonato?	
23. Si è sentito triste o ha avuto voglia di piangere?	
24. Ha provato rabbia o amarezza?	
25. Si è sentito ansioso o in tensione?	
26. Si è preoccupato per il futuro?	
27. Ha avuto difficoltà a dormire?	
28. Ha dovuto nascondere la sua malattia?	
29. Si è sentito imbarazzato per la malattia?	
30. Si è preoccupato per le reazioni degli altri verso di lei?	
Subscore Stao emotivo:	

Pensiero e comunicazione

Quante volte nella settimana passata lei:

31. Si è addormentato inaspettatamente durante il giorno?	
32. Ha avuto difficoltà a concentrarsi?	
33. Ha avuto difficoltà a ricordare	
34. Si è sentito danneggiato dagli altri?	
35. Ha fatto brutti sogni o ha avuto allucinazioni?	
36. Ha avuto difficoltà a parlare?	
37. Ha avuto difficoltà a leggere?	
38. Si è sentito ignorato?	
Subscore Pensiero e Comunicazione:	

Supporto sociale

Quante volte nella settimana passata lei:

39. Ha avuto difficoltà nelle relazioni interpersonali?	
40. Non ha avuto sostegno dal coniuge o dal partner?	
41. Non ha avuto sostegno dai familiari o dagli amici?	
42. Si è preoccupato per i farmaci o le pillole?	
Emotional Index (Stato Emotivo+Pensiero e Comun.+ Supp. Sociale):	

Funzioni corporee

Quante volte nella settimana passata lei:

43. Ha avuto difficoltà a fare sesso?	
44. Ha avuto difficoltà a urinare?	
45. Ha avuto stitichezza?	
46. Ha avuto scialorrea?	
47. Ha avuto vertigini?	
48. Si è sentito a corto di fiato?	
49. Ha avuto troppo caldo o troppo freddo?	
50. Ha avuto dolori muscolari o spasmi?	
Autonomic Index:	

Score globale Qualità della Vita:	
Indipendentemente dal risultato di questo test, come giudica la qualità della sua vita?	Buona / cattiva