

AQoL-4D Copia del ricercatore (Researchers Copy)

Barrare la risposta che meglio corrisponde alla Sua situazione

L'AUTONOMIA

1. **Richiede assistenza per prendere cura di se stesso/a?**
2. **Nello svolgimento di attività domestiche: *(Per esempio: cucinare i pasti, fare giardinaggio, utilizzare il videoregistratore, la radio, il telefono o lavare l'auto.)***
3. **Riguardo alla Sua mobilità in casa o nella comunità:**

I RAPPORTI

4. **A causa del Suo stato di salute, i rapporti (per esempio: con gli amici, con il/la coniuge/partner o i genitori) generalmente:**
5. **Riguardo ai Suoi rapporti con le altre persone:**
6. **Riguardo alla Sua salute e ai rapporti con la Sua famiglia:**

I SENSI

7. **Riguardo alla vista, eventualmente con occhiali o lenti a contatto:**
8. **Riguardo all'udito, con un apparecchio acustico se necessario:**
9. **Nelle comunicazioni con gli altri, per esempio: parlando, ascoltando, scrivendo o per mezzo del linguaggio dei segni:**

LA SALUTE MENTALE

10. **Riguardo al sonno :**
11. **Riguardo a come si sente in generale:**
12. **Quanto dolore o disagio prova?:**