

AQoL-7D Copia Raccolta Dati (Data Collection Copy)

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

Q1 Quanto aiuto Le serve per eseguire le attività domestiche (per esempio: preparare i pasti, fare le pulizie di casa, o fare del giardinaggio):

- Riesco ad eseguire tutte queste attività velocemente ed efficientemente senza alcun aiuto
- Riesco ad eseguire queste attività abbastanza facilmente senza aiuto
- Riesco ad eseguire queste attività solo molto lentamente senza aiuto
- Non riesco ad eseguire la maggior parte di queste attività senza aiuto
- Non riesco ad eseguire nessuna di queste attività da solo/a.

Q2 Quanto è facile/difficile spostarsi da solo/a fuori casa (per esempio: fare la spesa, fare visite):

- spostarmi è divertente e facile
- non ho alcuna difficoltà a spostarmi fuori casa
- un po' di difficoltà
- ho una certa difficoltà
- ho molta difficoltà
- non riesco a spostarmi senza che qualcuno mi aiuti

Q3 Riguardo alla Sua mobilità, anche con l'utilizzo di ausili o attrezzature quali sedie a rotelle, deambulatori, bastoni:

- Mi muovo molto bene
- Non ho alcuna difficoltà a muovermi
- Ho una certa difficoltà a muovermi (per esempio, in salita)
- Ho difficoltà a muovermi. Riesco a percorrere soltanto brevi distanze .
- Ho molta difficoltà a muovermi. Ho bisogno di qualcuno che mi aiuti.
- Sono costretto/a a letto

Q4 Riguardo alla Sua igiene personale, al vestirsi, all'alimentazione e alla cura personale:

- queste attività sono molto facili per me
- non ho vere difficoltà nell'eseguire queste attività
- trovo alcune di queste attività difficili, ma riesco ad eseguirle da solo/a
- molte di queste attività sono difficili, e ho bisogno di aiuto nell'eseguirle
- non riesco affatto ad eseguire queste attività da solo/a

Q5 I Suoi rapporti più stretti e intimi (comprese eventuali relazioni sessuali) La rendono:

- molto felice
- generalmente felice
- nè felice nè infelice
- generalmente infelice
- molto infelice

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

Q6 Riguardo alla Sua salute e ai rapporti con la Sua famiglia:

- il mio ruolo in famiglia non è stato alterato dalla mia salute
- ci sono alcune funzioni del mio ruolo in famiglia che non riesco ad eseguire
- ci sono molte funzioni del mio ruolo in famiglia che non riesco ad eseguire
- non riesco ad eseguire nessuna delle funzioni del mio ruolo in famiglia.

Q7 Riguardo alla sua salute e il ruolo che ha nella comunità (cioè il vicinato, gruppi sportivi, di lavoro, religiosi o culturali):

- il mio ruolo nella comunità non è stato alterato dalla mia salute
- ci sono alcune funzioni del mio ruolo nella comunità che non riesco ad eseguire
- ci sono molte funzioni del mio ruolo nella comunità che non riesco ad eseguire
- non riesco ad eseguire nessuna delle funzioni del mio ruolo nella comunità.

Q8 Quante volte si è sentito/a disperato/a negli ultimi sette giorni?

- mai
- occasionalmente
- qualche volta
- spesso
- sempre

Q9 E sempre pensando agli ultimi sette giorni, quante volte si è sentito/a preoccupato/a?

- mai
- occasionalmente
- qualche volta
- spesso
- sempre

Q10 Quanto spesso si sente triste?

- mai
- raramente
- qualche volta
- di solito
- quasi sempre

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

Q11 Rispetto al sentirsi calmi, tranquilli o agitati:

Sono

- sempre calmo/a e tranquillo/a
- di solito calmo/a e tranquillo/a
- qualche volta calmo/a e tranquillo/a, qualche volta agitato/a
- di solito agitato/a
- sempre agitato/a

Q12 Riguardo all'energia di cui dispone per svolgere le attività che ama:

Sono

- sempre pieno/a di energia
- di solito pieno/a di energia
- occasionalmente energico/a
- di solito stanco/a e senza energia
- sempre stanco/a e senza energia

Q13 Quanto spesso si sente in controllo della sua vita?

- sempre
- generalmente
- qualche volta
- solo occasionalmente
- mai

Q14 In quale misura ritiene di riuscire a far fronte ai problemi della vita?

- completamente
- generalmente
- in parte
- molto poco
- non affatto

Q15 Riguardo a quanto spesso prova intenso dolore:

Lo provo

- molto raramente
- meno di una volta alla settimana
- tre o quattro volte alla settimana
- la maggior parte del tempo

Sbarrare la casella che meglio descrive la Sua situazione

Q16 Quanto dolore o disagio prova?:

- Nessun dolore
- Provo dolore moderato
- Soffro dolore intenso
- Soffro dolore insopportabile.

Q17 Quanto spesso il dolore interferisce con le Sue normali attività?

- mai
- raramente
- qualche volta
- spesso
- sempre

Q18 Riguardo alla Sua vista (eventualmente con occhiali o lenti a contatto):

- Ho una vista eccellente
- La mia vista è normale
- Ho una certa difficoltà a mettere a fuoco gli oggetti oppure non li vedo in modo nitido. Per esempio: i caratteri piccoli, un quotidiano o vedere le cose da lontano.
- Ho molta difficoltà a vedere le cose. La mia vista è annebbiata. Vedo abbastanza per arrangiarmi..
- Vedo solo le sagome. Ho bisogno di aiuto per muovermi
- Sono completamente cieco/a.

Q19 Riguardo all'udito (con un apparecchio acustico se necessario):

Ho un udito eccellente

- Il mio udito è normale
- Ho una certa difficoltà a udire oppure non sento chiaramente. Ho problemi a udire le persone che parlano a bassa voce o quando ci sono rumori di fondo.
- Ho difficoltà ad udire chiaramente. Spesso non capisco quello che gli altri dicono. Di solito non prendo parte alle conversazioni perché non sento quello che è stato detto.
- Il mio udito è molto compromesso. Non capisco perfettamente le persone che mi parlano ad alta voce.
- Sono completamente sordo/a.

Q20 Nelle comunicazioni con gli altri, per esempio: parlando, ascoltando, scrivendo o per mezzo del linguaggio dei segni:

- Non ho alcun problema a parlare con gli altri e a capire ciò che dicono
- Ho una certa difficoltà ad essere capito da persone che non mi conoscono. Non ho alcun problema a capire ciò che gli altri mi dicono.
- Mi capiscono soltanto le persone che mi conoscono bene. Trovo molto difficile capire ciò che gli altri mi dicono.
- Non posso comunicare in modo adeguato con gli altri.

Q21 La Sua vista potrebbe provocare qualche infortunio (per esempio: quando si sposta in casa, in giardino, nel vicinato o sul luogo di lavoro)?

- È molto improbabile che mi faccia del male a causa della mia vista
- Esiste una piccola probabilità
- Esiste una buona probabilità
- È molto probabile
- Quasi sicuramente la mia vista sarà la causa di un mio infortunio

Q22 La Sua vista Le rende difficile far fronte alle esigenze nella Sua vita?

La mia vista:

- non ha nessun effetto sulla mia capacità di far fronte alle esigenze nella mia vita
- non rende affatto difficile la mia capacità di far fronte alle esigenze nella mia vita
- rende un po' difficile la mia capacità di far fronte alle esigenze
- rende moderatamente difficile la mia capacità di far fronte alle esigenze
- rende molto difficile la mia capacità di far fronte alle esigenze
- rende impossibile far fronte a qualsiasi esigenza

Q23 La Sua vista influisce sulla Sua capacità di avere amicizie?

La mia vista:

- rende più facile avere amicizie
- non ha nessun effetto sulle mie amicizie
- rende le amicizie più difficili
- rende le amicizie molto più difficili
- rende le amicizie estremamente difficili
- mi impedisce di avere amicizie
- non applicabile; non ho amicizie

Q24 Incontra difficoltà ad organizzare l'assistenza di cui potrebbe avere bisogno:

- Non ho nessuna difficoltà ad organizzare l'assistenza di cui potrei avere bisogno
- Ho qualche difficoltà ad organizzare l'assistenza di cui potrei avere bisogno
- Ho una certa difficoltà ad organizzare l'assistenza
- Ho molta difficoltà ad organizzare l'assistenza
- Non sono in grado di organizzare l'assistenza
- Non applicabile; Non mi serve organizzare l'assistenza

Q25 La Sua vista crea difficoltà nell'adempire ai ruoli che vorrebbe avere nella Sua vita (per esempio, in famiglia, al lavoro, nella comunità ecc)?

La mia vista:

- non influisce sulla mia capacità di adempire a questi ruoli
- non rende difficile adempire a questi ruoli
- crea qualche difficoltà nell'adempire a questi ruoli
- crea una certa difficoltà nell'adempire a questi ruoli
- crea molta difficoltà nell'adempire a questi ruoli
- mi impedisce di adempire a questi ruoli

Q26 La Sua vista influisce sulla Sua sicurezza nel partecipare alle attività di tutti i giorni?

La mia vista:

- mi rende più sicuro/a nel partecipare alle attività di tutti i giorni
- ha nessun effetto sulla mia sicurezza nel partecipare alle attività di tutti i giorni
- mi fa sentire un po' meno sicuro/a di me
- mi fa sentire moderatamente meno sicuro/a di me
- mi fa sentire molto meno sicuro/a di me
- impedisce di sentirmi sicuro/a di me