

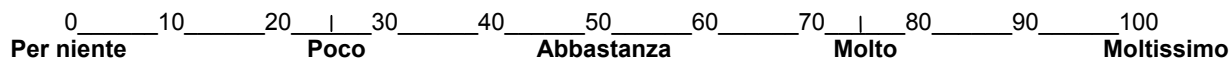
ISS-QoL

**questionario per la valutazione della Qualità
della Vita in persone con infezione da HIV**

9. Per ciascuna delle seguenti domande metta una sola crocetta sulla risposta che meglio descrive la Sua situazione nelle ultime 4 settimane

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
a) Le Sue condizioni di salute hanno limitato le Sue attività sociali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) I farmaci che assume hanno limitato le Sue attività sociali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Quanto sono importanti per Lei i rapporti sociali?



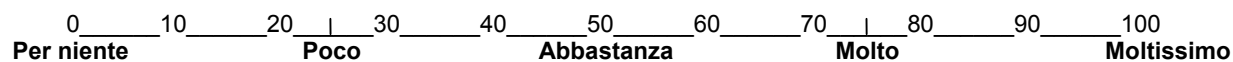
11. Per ciascuna delle seguenti domande metta una sola crocetta sulla risposta che meglio descrive la Sua situazione nelle ultime 4 settimane

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
a) Si è sentito/a incapace di superare eventuali momenti di depressione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Ha avuto problemi nel concentrarsi su quello che stava facendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Ha avvertito che ogni cosa che stava facendo rappresentava uno sforzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Ha avuto problemi di sonno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Si è sentito/a solo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Si è sentito/a triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Si è sentito/a come incapace di iniziare qualsiasi attività?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Per ciascuna delle seguenti domande metta una sola crocetta sulla risposta che meglio descrive la Sua situazione nelle ultime 4 settimane

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
a) Ha provato difficoltà nel concentrarsi e nel risolvere problemi o, ad esempio, fare progetti, prendere decisioni, apprendere cose nuove?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Ha dimenticato fatti recentemente accaduti o qualche Suo impegno, oppure il luogo dove aveva riposto un oggetto, ecc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Ha provato difficoltà nel concentrarsi a lungo su una qualunque attività?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Ha provato difficoltà nello svolgere attività che richiedono concentrazione e applicazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Quanto è importante per Lei concentrarsi ed avere buona memoria?



27. Per ciascuna delle seguenti domande metta una sola crocetta sulla risposta che meglio descrive la Sua situazione

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) Le Sue condizioni Psicologiche limitano i Suoi progetti per il futuro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Le Sue condizioni fisiche limitano i Suoi progetti per il futuro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Quanto è importante per Lei poter fare dei progetti?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

29. Per ciascuna delle seguenti domande metta una sola crocetta sulla risposta che meglio descrive la Sua situazione

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) E' soddisfatto/a della Sua salute?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) E' soddisfatto complessivamente della Sua condizione psicologica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) E' soddisfatto complessivamente delle Sue condizioni fisiche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

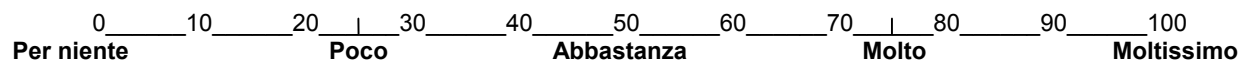
30. Le piacerebbe avere figli in questo momento?

- SI, mi piacerebbe *(continui a rispondere dalla domanda 31)*
- SI, ma le mie condizioni di salute non me lo permettono *(continui a rispondere dalla domanda 31)*
- NO perché ho già dei figli *(continui a rispondere dalla domanda 32)*
- NO per motivi di età *(continui a rispondere dalla domanda 32)*
- NO, per altri motivi *(specificare):* _____ *(continui a rispondere dalla domanda 32)*

31. Per ciascuna delle seguenti domande metta una sola crocetta sulla risposta che meglio descrive la Sua situazione

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) La sieropositività diminuisce il Suo proposito di avere un figlio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Gli effetti collaterali dei farmaci diminuiscono il Suo proposito di avere un figlio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Le difficoltà nel gestire quotidianamente la Sua terapia, diminuiscono il Suo proposito di avere un figlio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Quanto è importante per Lei avere un figlio?



33. Ha avuto i seguenti disturbi nelle ultime 4 settimane?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
1. Dolore (dove?:)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Febbre (>37 °C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Stanchezza o spossatezza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mancanza d'appetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Perdita di peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Difficoltà ad inghiottire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Alterazione dei sapori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Nausea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vomito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Confusione mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Disturbi del sonno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Disturbi della vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Difficoltà di respirazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Tosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Prurito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Caduta dei capelli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Formicolii intorno alla bocca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Vertigini o disturbi dell'equilibrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sudorazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Reazioni allergiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Stitichezza (costipazione)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Gonfiore alle mani o piedi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Diminuzione dell'interesse sessuale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Difficoltà a raggiungere l'orgasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. <i>Per gli uomini:</i> Difficoltà nell'erezione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. <i>Per le donne:</i> Problemi di lubrificazione vaginale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(segue) ➡

Grazie per aver compilato il questionario