

# **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"/>				
b) I farmaci che assume hanno limitato le Sue attività sociali?	<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"/>				
b) Ha avuto problemi nel concentrarsi su quello che stava facendo?	<input type="radio"/>				
c) Ha avvertito che ogni cosa che stava facendo rappresentava uno sforzo?	<input type="radio"/>				
d) Ha avuto problemi di sonno?	<input type="radio"/>				
e) Si è sentito/a solo/a?	<input type="radio"/>				
f) Si è sentito/a triste?	<input type="radio"/>				
g) Si è sentito/a come incapace di iniziare qualsiasi attività?	<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"/>				
b) Ha dimenticato fatti recentemente accaduti o qualche Suo impegno, oppure il luogo dove aveva riposto un oggetto, ecc.?	<input type="radio"/>				
c) Ha provato difficoltà nel concentrarsi a lungo su una qualunque attività?	<input type="radio"/>				
d) Ha provato difficoltà nello svolgere attività che richiedono concentrazione e applicazione?	<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"/>				
b) Le Sue condizioni fisiche limitano i Suoi progetti per il futuro?	<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"/>				
b) E' soddisfatto complessivamente della Sua condizione psicologica?	<input type="radio"/>				
c) E' soddisfatto complessivamente delle Sue condizioni fisiche?	<input type="radio"/>				

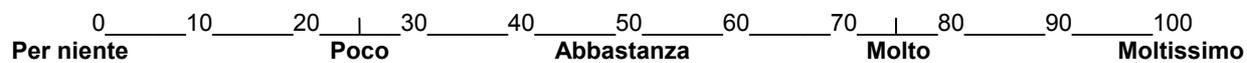
**30. Le piacerebbe avere figli in questo momento?**

- 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**

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

(segue) ➡



**Grazie per aver compilato il questionario**