



## **QUESTIONARIO DEL ST. GEORGE'S HOSPITAL SUI DISTURBI RESPIRATORI ©**

Questo questionario é stato ideato per permetterci di conoscere meglio i Suoi disturbi respiratori, ed il modo in cui questi condizionano la Sua vita. Attraverso una serie di domande vorremmo conoscere il Suo punto di vista sugli aspetti della Sua malattia che Le causano problemi.

La preghiamo di leggere attentamente le istruzioni e di chiedere spiegazioni se trova dei punti che non Le sono chiari. Eviti di impiegare troppo tempo per decidere come rispondere alle domande.

**Centro di Verona**

**Numero identificativo**

**Data di compilazione**          
GIORNO MESE ANNO

## PARTE 1

QUESTA PARTE DEL QUESTIONARIO SI RIFERISCE A QUANTI DISTURBI RESPIRATORI LEI HA AVUTO DURANTE L'ULTIMO MESE. LA PREGHIAMO DI BARRARE UNA SOLA CASELLA PER OGNI DOMANDA.

	Quasi tutti i giorni della settimana	Diversi giorni alla settimana	Alcuni giorni al mese	Solo quando avevo delle infezioni respiratorie	Mai
1) Nell'ultimo mese ho tossito:	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>(4)</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>(5)</sup>
2) Nell'ultimo mese ho sputato catarro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nell'ultimo mese ho avuto mancanza di fiato:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nell'ultimo mese ho avuto il respiro con fischi e sibili:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Nell'ultimo mese, quanti attacchi respiratori molto gravi o molto fastidiosi ha avuto?			Più di 3 attacchi 3 attacchi 2 attacchi 1 attacco Nessun attacco	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(5)</sup>	
6) Quanto tempo é durato l'attacco respiratorio peggiore dell'ultimo mese? (se non ha avuto attacchi gravi passi alla domanda 7)			Una settimana o più 3 giorni o più 1 o 2 giorni Meno di 1 giorno	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(4)</sup>	
7) Nell'ultimo mese, prendendo come esempio una settimana normale, quanti giorni buoni, cioè con pochi disturbi respiratori, ha avuto?			Nessun giorno 1 o 2 giorni 3 o 4 giorni Quasi tutti i giorni Tutti i giorni	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(5)</sup>	
8) Se ha il respiro con fischi e sibili é peggiore la mattina?			No Si	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup>	

## PARTE 2

**SEZIONE 1:** COME DESCRIVEREBBE I SUOI DISTURBI RESPIRATORI? LA PREGHIAMO DI DARE UNA SOLA RISPOSTA.

- sono il problema più grave che ho..... <sup>(1)</sup>
- mi creano parecchi problemi..... <sup>(2)</sup>
- mi creano qualche problema..... <sup>(3)</sup>
- non mi creano problemi..... <sup>(4)</sup>

SE HA, O HA AVUTO UN LAVORO RETRIBUITO, SCELGA UNA DELLE SEGUENTI RISPOSTE:

- i disturbi respiratori mi hanno costretto a smettere di lavorare..... <sup>(1)</sup>
- i disturbi respiratori mi ostacolano nel lavoro o mi hanno costretto a cambiare lavoro..... <sup>(2)</sup>
- i disturbi respiratori non mi danno problemi sul lavoro..... <sup>(3)</sup>

**SEZIONE 2:** QUALI DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ GENERALMENTE LE CAUSANO AFFANNO (CIOÈ MANCANZA DI FIATO) IN QUESTI GIORNI? LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO VERO O FALSO.

- |  | VERO                                    | FALSO                                   |
|--|---|---|
| Stare seduto o sdraiato tranquillo ..... | <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup> |
| Lavarmi o vestirmi da solo .....         | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Camminare per la casa .....              | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Camminare all'aperto in piano .....      | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Salire una rampa di scale .....          | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Camminare in salita .....                | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Fare sport o giochi di movimento .....   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |

**SEZIONE 3:** ORA QUESTA SEZIONE SI RIFERISCE ALLA TOSSE E ALL'AFFANNO (CIOÈ, MANCANZA DI FIATO) IN QUESTI GIORNI. LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO VERO O FALSO.

- |   | VERO                                    | FALSO                                   |
|---|---|---|
| Quando tossisco sento dolore.....                   | <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup> |
| Tossire mi stanca fisicamente.....                  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Quando parlo mi manca il fiato.....                 | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Quando mi chino mi manca il fiato.....              | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| La tosse o il mio respiro mi disturba il sonno..... | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |
| Divento sfinito con facilità.....                   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                |

**SEZIONE 4:** QUESTA SEZIONE SI RIFERISCE AD ALTRI EFFETTI CHE I DISTURBI RESPIRATORI POSSONO AVERE SU DI LEI IN QUESTI GIORNI. LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO VERO O FALSO.

	VERO	FALSO
La tosse o il modo con cui respiro mi mettono a disagio quando sono in mezzo alla gente.....	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup>
I miei disturbi respiratori sono un fastidio per i parenti, gli amici o i vicini di casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi spavento o mi prende il panico quando non riesco a respirare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho la sensazione di non avere sotto controllo i miei problemi respiratori.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Credo che le mie condizioni respiratorie non miglioreranno..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A causa delle mie condizioni respiratorie sono diventato debole o invalido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'esercizio fisico per me è rischioso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutto mi sembra troppo faticoso da fare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE 5:** QUESTA SEZIONE SI RIFERISCE ALLE MEDICINE CHE LEI USA. SE NON FA USO DI MEDICINE, PASSI DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE 6. LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO VERO O FALSO.

	VERO	FALSO
Le medicine che prendo mi servono a poco.....	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup>
Trovo imbarazzante prendere le medicine quando sono in mezzo alla gente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le medicine che prendo mi causano effetti sgradevoli.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le medicine che prendo interferiscono molto con la mia vita..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE 6:** LE SEGUENTI DOMANDE CHIEDONO DI INDICARE IN CHE MODO LE SUE ATTIVITÀ POTREBBERO ESSERE INFLUENZATE DAL SUO RESPIRO. LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO VERO O FALSO CHIEDENDOSI SE A CAUSA DEL SUO RESPIRO:

	VERO	FALSO
Per lavarmi o vestirmi impiego molto tempo.....	<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup>
Non sono in grado di fare il bagno o la doccia, o per farlo impiego molto tempo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	VERO	FALSO
Cammino più lentamente degli altri, oppure devo fermarmi per riposare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nelle attività come i lavori di casa impiego molto tempo, oppure devo fermarmi per riposare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se salgo una rampa di scale, devo camminare adagio o fermarmi per riposare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se vado di fretta o cammino velocemente, devo fermarmi o rallentare il passo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A causa delle mie condizioni respiratorie ho difficoltà a fare cose come, ad esempio, camminare in salita, portare degli oggetti salendo le scale, fare piccoli lavori in giardino (come togliere le erbacce), ballare, giocare a bocce.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A causa delle mie condizioni respiratorie ho difficoltà a fare cose come, ad esempio, portare carichi pesanti, zappare il giardino o spalare la neve, correre per fare esercizio fisico o camminare velocemente, giocare a tennis o nuotare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A causa delle mie condizioni respiratorie ho difficoltà a fare cose come, ad esempio, lavori manuali molto pesanti, correre, fare ciclismo, nuotare velocemente o praticare altri sport a scopo agonistico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE 7:** VORREMMO ORA SAPERE IN CHE MODO LE SUE CONDIZIONI RESPIRATORIE INFLUENZANO DI SOLITO LA SUA VITA DI TUTTI I GIORNI. LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO VERO (V) O FALSO (F) CHIEDENDOSI SE A CAUSA DALLE SUE CONDIZIONI RESPIRATORIE:

	VERO	FALSO
Non sono in grado di praticare sport o fare giochi di movimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non sono in grado di uscire per svago o divertimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non sono in grado di uscire di casa per fare la spesa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non sono in grado di fare i lavori di casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non sono in grado di allontanarmi dal letto o dalla poltrona....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORA LA PREGHIAMO DI BARRARE LA CASELLA (UNA SOLTANTO) CHE SECONDO LEI DESCRIVE MEGLIO COME LA CONDIZIONE RESPIRATORIA LIMITA LA SUA VITA QUOTIDIANA:

- Non mi impedisce di fare quello che voglio fare..... <sup>(1)</sup>
- Mi impedisce di fare una o due cose che vorrei fare..... <sup>(2)</sup>
- Mi impedisce di fare la maggior parte delle cose che vorrei fare..... <sup>(3)</sup>
- Mi impedisce di fare tutto quello che vorrei fare..... <sup>(4)</sup>

**GRAZIE PER AVER COMPILATO IL QUESTIONARIO. PRIMA DI FINIRE, CONTROLLI PER CORTESIA DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE.**