

### Istruzioni

- Utilizzi una matita morbida #2 per marcare.
- Risponda a tutte le domande se non sono indicate altre istruzioni.
- I rettangoli sono da riempire completamente.

### Tipo di questione

- una sola risposta è possibile
- più di una risposta è possibile
- Informazioni obbligatorie

Solo per uso interno.  
Non ripreso da scanner.

Cognome		Nome		Sesso	
				m / f	
Indirizzo			N. di paziente		
			(interno)		
Paese		Codice postale		Citta	
Numero di sicurezza sociale (no. AVS)				Data di nascita	
Cognome di nascita		Luogo di nascita		Paese di nascita	
				(se no CH)	

Facoltativo

## Generale

### Data dell'esame

**Giorno**  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31

**Mese**  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

**Anno**  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24

### Intermezzo

- |   |                                   |                              |                              |                               |                                     |
|---|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> prima dell'intervento | <input type="radio"/> 6 settimane | <input type="radio"/> 1 anno | <input type="radio"/> 5 anni | <input type="radio"/> 9 anni  | <input type="radio"/> 13 anni       |
| <input type="radio"/> (al dimissione)       | <input type="radio"/> 3 mesi      | <input type="radio"/> 2 anni | <input type="radio"/> 6 anni | <input type="radio"/> 10 anni | <input type="radio"/> 14 anni       |
|   | <input type="radio"/> 6 mesi      | <input type="radio"/> 3 anni | <input type="radio"/> 7 anni | <input type="radio"/> 11 anni | <input type="radio"/> 15 anni       |
|   | <input type="radio"/> 9 mesi      | <input type="radio"/> 4 anni | <input type="radio"/> 8 anni | <input type="radio"/> 12 anni | <input type="radio"/> >15 anni..... |
- (specificare in anni)

**Indicare quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo stato di salute oggi.**

### Capacità di movimento

- non ho difficoltà nel camminare
- ho qualche difficoltà nel camminare
- sono costretto/a a letto

### Cura della persona

- non ho difficoltà nel prendermi cura di me stesso
- ho qualche difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- non sono in grado di lavarmi o vestirmi

### Attività abituali

- non ho difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- ho qualche difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- non sono in grado di svolgere le mie attività abituali

### Dolore o fastidio

- non provo alcun dolore o fastidio
- provo dolore o fastidio moderati
- provo estremo dolore o fastidio

### Ansia o Depressione

- non sono ansioso o depresso
- sono moderatamente ansioso o depresso
- sono estremamente ansioso o depresso

## Scala visuale analogo (SAS) per il vostro stato di salute

Per favore segni un punto della linea quale descrive nel modo migliore il suo stato di salute attuale.

Peggior  
immaginabile

|-----|

Migliore  
immaginabile