

Vogliamo valutare la qualità del nostro trattamento e per farlo abbiamo bisogno del vostro sostegno.

Le chiediamo pertanto di compilare questo questionario prima e dopo l'intervento.

Etichetta del paziente / ID del paziente	Consultazione prima o dopo l'intervento (barrare)	<input type="radio"/> prima	<input type="radio"/> dopo
	completata il (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Firma del paziente	<input type="text"/>	

I **problemi alla schiena** possono portare a dolori alla zona lombare e/o alle gambe ed ai glutei, oltre che a disturbi come formicolio, puntura di aghi e spilli o riduzione della sensibilità in una di queste regioni.

Nelle prossime 2 domande indichi l'intensità del suo dolore, segnando una croce (dove 0 = nessun dolore, 10 = il dolore più forte che lei possa immaginare). Le domande sono divise in: **male di schiena** e **dolore alla gamba/gluteo**.

**1. Qual'è stata l'intensità del dolore alla schiena nell'ultima settimana?**

nessun dolore il peggior dolore immaginabile

0  
  1  
  2  
  3  
  4  
  5  
  6  
  7  
  8  
  9  
  10

**2. Qual'è stata l'intensità del dolore alla gamba/gluteo nell'ultima settimana?**

nessun dolore il peggior dolore immaginabile

0  
  1  
  2  
  3  
  4  
  5  
  6  
  7  
  8  
  9  
  10

**3. Durante la scorsa settimana quanto i suoi problemi alla schiena hanno interferito con la sua normale attività** (come il lavoro fuori casa e/o le faccende domestiche)?

per nulla      poco      abbastanza      molto      moltissimo

**4. Se dovesse trascorrere il resto della vita con i disturbi che ha in questo preciso momento, come si sentirebbe?**

molto soddisfatto      abbastanza soddisfatto      né soddisfatto né insoddisfatto      abbastanza insoddisfatto      molto insoddisfatto

**5. Ripensando alla scorsa settimana, come giudicherebbe la sua qualità di vita?**

ottima      buona      accettabile      cattiva      pessima

**6. Nelle ultime quattro settimane, per quanti giorni ha dovuto ridurre le sue attività abituali** (lavoro, lavori di casa, scuola, attività del tempo libero) per colpa dei suoi problemi alla schiena?

mai	da 1 a 7 giorni	da 8 a 14 giorni	da 15 a 21 giorni	per più di 21 giorni
<input type="radio"/>				

**7. Durante le ultime quattro settimane, per quanti giorni il suo problema alla schiena la ha impedito di andare al lavoro** (lavoro, scuola, attività domestiche)?

mai	da 1 a 7 giorni	da 8 a 14 giorni	da 15 a 21 giorni	per più di 21 giorni
<input type="radio"/>				

**Alle domande da 8 a 11 si deve rispondere solo nel sondaggio tra i pazienti dopo l'intervento!**

**8a. Si è verificata qualche complicazione in seguito all'operazione** che ha subito **nel nostro ospedale** (ad es. problemi con la cicatrizzazione, paralisi, disturbi della sensibilità)?

no	si	Se sì, descriverli
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**8b. Se sì alla domanda 8a, quanto sono state fastidiose le complicazioni?**

per nulla fastidiose	poco fastidiose	modernamente fastidiose	molto fastidiose	estremamente fastidiose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9. Dopo l'operazione nel nostro ospedale, ha effettuato altre operazioni alla schiena** (schiena media/inferiore) **presso un'altra clinica or presso la nostra clinica?**

no	si, ma ad un livello diverso della colonna vertebrale	si, allo stesso livello della colonna vertebrale (stesso tratto)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. Nel corso del trattamento** dei suoi problemi alla schiena, quanto era rimasto soddisfatto dell'insieme delle cure mediche ricevute **nel nostro ospedale?**

molto soddisfatto	abbastanza soddisfatto	né soddisfatto né insoddisfatto	abbastanza insoddisfatto	molto insoddisfatto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. Complessivamente, quanto le ha giovato il trattamento (operazione) ricevuto nel nostro ospedale per il suo problema alla schiena?**

mi ha aiutato molto	mi ha aiutato	mi ha aiutato solo un po'	non mi ha aiutato	ha peggiorato la situazione
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 12. Capacità di movimento

Non ho difficoltà a camminare	Ho leggere difficoltà a camminare	Ho moderate difficoltà a camminare	Ho gravi difficoltà a camminare	Non sono in grado di camminare
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 13. Cura personale

Non ho difficoltà a lavarmi o vestirmi	Ho leggere difficoltà a lavarmi o vestirmi	Ho moderate difficoltà a lavarmi o vestirmi	Ho gravi difficoltà a lavarmi o vestirmi	Non sono in grado di lavarmi o vestirmi
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 14. Attività abituali

(per es. lavoro, studio, lavori domestici, attività familiari o di svago)

Non ho difficoltà a svolgere le attività abituali	Ho leggere difficoltà a svolgere le attività abituali	Ho moderate difficoltà a svolgere le attività abituali	Ho gravi difficoltà a svolgere le attività abituali	Non sono in grado di svolgere le attività abituali
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 15. Dolore o fastidio

Non provo alcun dolore o fastidio	Provo leggero dolore o fastidio	Provo dolore o fastidio moderati	Provo grave dolore o fastidio	Provo estremo dolore o fastidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 16. Ansia o depressione

Non sono ansioso/a o depresso/a	Sono leggermente ansioso/a o depresso/a	Sono moderatamente ansioso/a o depresso/a	Sono gravemente ansioso/a o depresso/a	Sono estremamente ansioso/a o depresso/a
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 17. Vorremmo sapere quanto è buona o cattiva la sua salute **OGGI**.

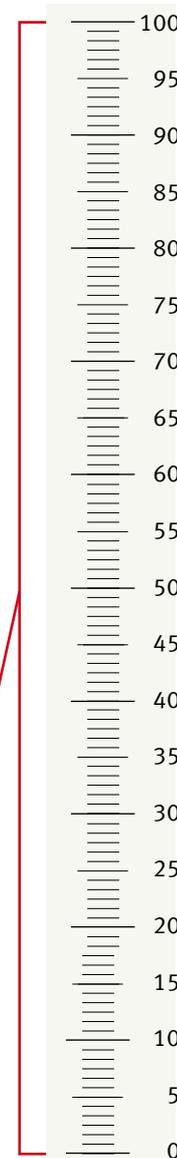
A destra c'è una scala numerata che va da 0 a 100.

100 rappresenta la **migliore** salute che può immaginare.

0 rappresenta la **peggiore** salute che può immaginare.

Tocchi un punto della scala per indicare com'è la sua salute **OGGI**.

la migliore salute che può immaginare



La sua salute **OGGI**

la peggiore salute che può immaginare

### 18. Il vostro livello di formazione (da compilare sola una volta, nel sondaggio primo dell'intervento!)

fino a 9 anni di formazione (scuola dell'obbligo)	da 10 a 13 anni di formazione (formazione professionale, specializzata, liceo)	più di 13 anni di formazione (università, politecnico federale, scuola universitaria professionale)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Domande 12 - 17: © EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Switzerland (Italian) v.1.0