

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"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <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**.

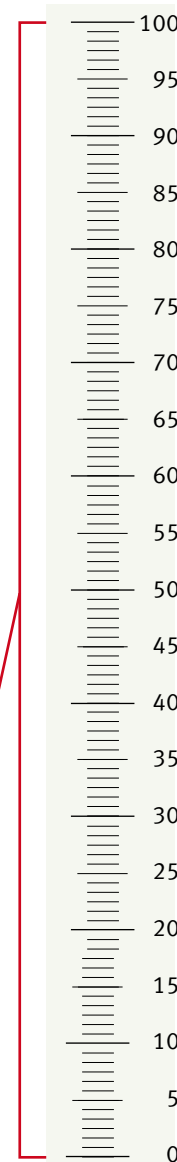
A destra c'è una scala numerata che va da 0 a 100.

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