Questionario di Follow up Studio Mind-Body Fibromialgia

* Indica una domanda obbligatoria

1. Nome e cognome *

2. Ha continuato a utilizzare il videocorso dalla fine dello studio? *

   Contrassegna solo un ovale.

   - [ ] No, ho interrotto
   - [ ] Sì, tutti i giorni
   - [ ] Sì, 4-6 giorni a settimana
   - [ ] Sì, 1-3 giorni a settimana
   - [ ] Sì, meno di 1 volta a settimana
   - [ ] Non ho mai utilizzato le videolezioni

DSQ-PEM 2 versione italiana

Risponda alle seguenti domande sulla gravità e la frequenza dei sintomi nelle ultime due settimane.
Sezione 7: 6 domande.Proprietary-

Leonard A.Jason.

3. Frequenza *

Durante le ultime 2 settimane, con quale frequenza ha manifestato ognuno di questi sintomi?

0 mai
1 qualche volta
2 circa la metà delle volte
3 la maggior parte delle volte
4 sempre

Contrassegna solo un ovale per riga.

	0	1	2	3	4
Esaurimento, sensazione di pesantezza dopo aver iniziato l'attività fisica	◯	◯	◯	◯	◯
Indolezimento o affaticamento il giorno seguente, dopo attività quotidiane non faticose	◯	◯	◯	◯	◯
Stanchezza mentale dopo il minimo sforzo	◯	◯	◯	◯	◯
Stanchezza fisica dopo un minimo di attività fisica	◯	◯	◯	◯	◯
Esaurimento fisico o malessere dopo un'attività fisica blanda	◯	◯	◯	◯	◯

4. Gravità *

Durante le ultime 2 settimane, quanto l'hanno infastidita i seguenti sintomi?

0 sintomo non presente

1 lievemente

2 moderatamente

3 molto

4 moltissimo

Contrassegna solo un ovale per riga.

	0	1	2	3	4
Esaurimento, sensazione di pesantezza dopo aver iniziato l'attività fisica	◯	◯	◯	◯	◯
Indolezimento o affaticamento il giorno seguente, dopo attività quotidiane non faticose	◯	◯	◯	◯	◯
Stanchezza mentale dopo il minimo sforzo	◯	◯	◯	◯	◯
Stanchezza fisica dopo un minimo di attività fisica	◯	◯	◯	◯	◯
Esaurimento fisico o malessere dopo un'attività fisica blanda	◯	◯	◯	◯	◯

5. Se si sentisse esausta dopo aver partecipato attivamente ad attività extralavorative, sport o uscite con gli amici, si riprenderebbe entro una o due ore dalla fine dell'attività? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

6. Manifesta un peggioramento della malattia legata a stanchezza/energia dopo aver compiuto uno sforzo fisico minimo? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

7. Manifesta un peggioramento della malattia legata a stanchezza/energia dopo aver compiuto uno sforzo mentale? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

8. Se non pratica l'attività fisica è perché l'esercizio fa peggiorare i suoi sintomi? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

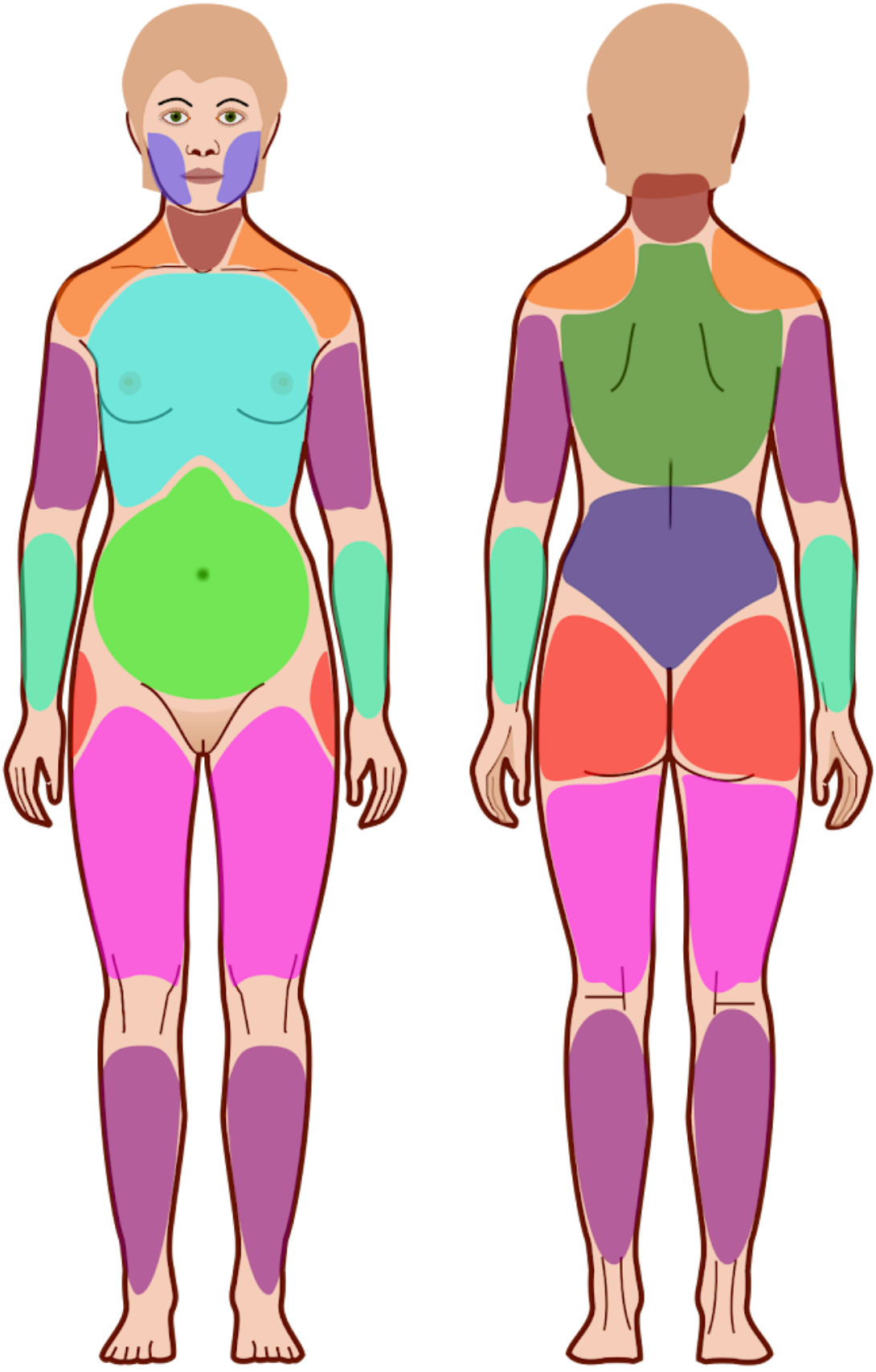
Patient Self-Report Questionnaire for Fibromyalgia

Per questa sezione 5 prenda come riferimento l'ultima settimana per rispondere alle domande.

Indice di Diffusione del DOlore (widespread Pain Index-WPI)

1 punto per ogni casella segnata: Range di punteggio 0-19

9. Indicare se si è provato dolore o indolenzimento nel corso degli ultimi 7 giorni, nelle aree riportate in figura. Segnare le caselle in corrispondenza di ogni area interessata dal dolore o dall'indolenzimento



Seleziona tutte le voci applicabili.

- [ ] Cingolo Scapolare Sinistro (arancione)
- [ ] Cingolo Scapolare Destro (arancione)
- [ ] Braccio Sinistro (viola scuro)
- [ ] Braccio Destro (viola scuro)
- [ ] Avambraccio Sinistro (azzurro chiaro)
- [ ] Avambraccio Destro (azzurro chiaro)
- [ ] Collo (marrone)
- [ ] Anca (gluteo, trocantere) sinistra (rosso)
- [ ] Anca (gluteo, trocantere) destra (rosso)
- [ ] Coscia Sinistra (rosa)
- [ ] Coscia Destra (rosa)
- [ ] Gamba Sinistra (viola chiaro)
- [ ] Gamba Destra (viola chiaro)
- [ ] Mascella Sinistra (blu)
- [ ] Mascella Destra (blu)
- [ ] Torace (azzurro)
- [ ] Addome (verde chiaro)
- [ ] Area Dorsale (verde scuro)
- [ ] Area Lombare (blu scuro)

Indice di Gravità dei Sintomi (Symptom Severity Scale-SSS)

Range di punteggio: 0-12

10. Per ognuno dei sintomi elencati esprimere laloro gravitànel corso degli ultimi 7 giorni, utilizzando la scala di seguito riportata. 0=nessun problema 1=Problema lieve (generalmente lieve o intermittente) 2=Problema moderato (disturbo di considerevole entità; presente spesso e/o di grado moderato) 3=Problema grave (continuo, che ostacola le attività della vita quotidiana) *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	0	1	2	3
Ansia, spostatezza	◯	◯	◯	◯
Difficoltà di concentrazione, perdita di memoria	◯	◯	◯	◯
Stanchezza al risveglio, sonno non ristoratore	◯	◯	◯	◯

11. Indicare la presenza o assenza dei sintomi negli ultimi SETTE GIORNI *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Assente	Presente
Dolori o crampi addominali	◯	◯
Depressione	◯	◯
Emicrania, cefalea	◯	◯

VERSIONE ITALIANA DEL REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (ITALIAN-FIQR)

Per questa sezione 6 prenda come riferimento l'ultima settimana per rispondere alle domande.

Dominio 1- Funzione Fisica

Per ognuna delle seguenti NOVE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia

12. SPAZZOLARE O PETTINARE I CAPELLI *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

13. CAMMINARE ININTERROTTAMENTE PER 20 MINUTI *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

14. PREPARARE I PASTI *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

15. PASSARE L'ASPIRAPOLVERE E LAVARE I PAVIMENTI *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

16. SOLLEVARE E PORTARE LE BORSE DELLA SPESA *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

17. SALIRE UN PIANO DI SCALE *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

18. CAMBIARE LE LENZUOLA DEL LETTO *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

19. STARE SEDUTO SU UNA SEDIA PER ALMENO 45 MINUTI *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

20. ANDARE A FARE LA SPESA *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema difficoltà

Dominio 2- Stato di salute generale

Per ognuna delle seguenti DUE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia

21. LA FIBROMIALGIA MI HA IMPEDITO DI PORTARE A TERMINE LAVORI/COMPITI DELLA SETTIMANA *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Mai	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Sempre

22. SONO STATO COMPLETAMENTE SOPRAFFATTO DAI SINTOMI DELLA FIBROMIALGIA *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Mai	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Sempre

Dominio 3- Sintomi

Per ognuna delle seguenti DIECI domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia

23. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORE *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estremo dolore

24. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI STANCHEZZA *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema stanchezza

25. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI RIGIDITA' *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema rigidità

26. ASSEGNI UN PUNTEGGIO ALLA QUALITA' DEL SUO SONNO *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ben	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estremamente stanco/a al risveglio

27. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO DI DEPRESSIONE *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Per	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estremamente depresso

28. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI PROBLEMI DI MEMORIA *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Buo	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Scarsissima memoria

29. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO D'ANSIA *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Per	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estremamente ansioso/a

30. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORABILITA' (dolore percepito al tatto) *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema dolorabilità

31. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI DISTURBI DI EQUILIBRIO *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Scarsissimo equilibrio

32. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL LIVELLO DELLA SUA SENSIBILITA' AI RUMORI, ALLE LUCI, AGLI ODORI E AL FREDDO *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nes	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Estrema sensibilità

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli