Questionario Giornaliero periodo Programma

Compilare una volta al giorno durante il periodo dei video di 6 settimane, preferibilmente la sera a fine giornata. Non ci sono risposte giuste o sbagliate né giudizio da parte nostra. I video saranno da eseguire 5v a settimana. Il questionario sarà anonimizzato e riservato secondo il regolamento del progetto. Tempo di compilazione 5 minuti circa. Ci sono delle sezioni non obbligatorie poiché dipendono dall'esecuzione o meno degli esercizi. 1 sezione: 12 domande

* Indica una domanda obbligatoria

1. Nome e cognome *

2. Assegni un punteggio al suo livello di dolore medio della giornata *

Contrassegna solo un ovale.

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

3. Assegni un punteggio al suo livello di stanchezza media della giornata *

Contrassegna solo un ovale.

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

4. Ha svolto il video del programma di oggi? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
- no
- parzialmente

5. Se non l'ha svolto, indichi il principale motivo

Contrassegna solo un ovale.

- mancanza di tempo
- dolore
- affaticamento
- dimenticanza
- mancanza di motivazione\stanchezza mentale
- impedimento transitorio di salute (influenza...)

6. In alternativa al video primario, ha svolto la versione alternativa "b" oggi?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

7. In che momento della giornata ha svolto gli esercizi del video?

Contrassegna solo un ovale.

- mattina
- pomeriggio
- sera

8. Oggi ha svolto attività fisica oltre a quella del programma? *

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Si
- ◯ No

9. Se sì, cosa?

Seleziona tutte le voci applicabili.

- ☐ Camminato più di 30 min
- ☐ Partecipato a corsi/sport/correre/nuotare/altri esercizi/bicicletta...
- ☐ Ripetuto video del programma
- ☐ Altro: _____

10. Assegni un punteggio al suo livello di rigidità di oggi *

Contrassegna solo un ovale.

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

11. In che misura i sintomi della fibromialgia hanno interferito con le attività quotidiane oggi? *

0 per nulla
1 lievemente
2 moderatamente
3 molto
4 moltissimo

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	
per ı	◯	◯	◯	◯	◯	moltissimo

12. Quando ha sentito peggio il dolore\fatica oggi? *
(se visualizza dal telefono scorra prima le opzioni per vederle tutte e poi scelga)

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Dopo attività fisica\allenamento	Dopo periodi prolungati di posizione seduta	Dopo lavoro	Dopo stress emotivo\preoccupazione	Alla mattina sonno insufficiente\d
dolore	◯	◯	◯	◯	◯
fatica mentale	◯	◯	◯	◯	◯
fatica fisica	◯	◯	◯	◯	◯

Sonno riguardo la notte prima

2 sezione: 4 domande.

13. Sonno: qualità del sonno *

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pess	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	ristoratore

14. Risponda solo se presenti durante la notte passata, quali problemi del sonno ha riscontrato?

Seleziona tutte le voci applicabili.

- ☐ difficoltà ad addormentarsi
- ☐ risvegli notturni
- ☐ sonno turbolento

15. Ore totali di sonno *

Contrassegna solo un ovale.

- meno\uguale a 4
- 5-7
- più di 7 ore fino a 9
- più di 9

16. Ha preso analgesici oggi? come ad esempio: *
- paracetamolo: **tachipirina**
oppure
- FANS come:
ibuprofene: **brufen, moment**...
ketoprofene: **oki**
a.acetilsalicilico: **aspirina**

Contrassegna solo un ovale per riga.

	si	no
paracetamolo	◯	◯
FANS	◯	◯

DURANTE IL VIDEO

Risponda a queste domande solo se ha svolto il programma oggi. 3 sezione: 2 domande.

17. Parte 1. Sintomi: segni il valore della **fatica** percepita durante gli esercizi (BORG classica da 6 a 20)

Contrassegna solo un ovale.

- 6: fatica nulla (es.seduto)
- 7: estremamente leggero (es.movimento facile)
- 8-9: molto leggero (es.camminata rilassata)
- 10-11: leggero (es.riscaldamento blando)
- 12-13-14: un po' pesante (intensità più impegnativa)
- 15-16: pesante (intensità impegnativa)
- 17-18: molto pesante (intensità molto impegnativa)
- 19: estremamente pesante (intensità molto alta, difficile da mantenere)
- 20: massimo sforzo (intensità impossibile da mantenere)

18. Segni il livello di **dolore** percepito durante gli esercizi
NRS
0 nessun dolore
10 estremo dolore

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ness	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	estremo dolore

DOPO GLI ESERCIZI DEL VIDEO

Risponda a queste domande solo se ha svolto il programma oggi. 4 sezione: 4 domande.

19. Indichi il cambiamento percepito, se presente, nella sensazione di rilassamento dopo aver eseguito il programma oggi
scala PGI-C 1-7 decrescente
1 molto meglio
2 meglio
3 un po' meglio
4 nessun cambiamento
5 un po' peggio
6 peggio
7 molto peggio

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	
molt	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	molto peggio

20. Manifesta un cambiamento della malattia legata a stanchezza/energia dopo aver eseguito il programma oggi?
scala PGI-C 1-7 decrescente
1 molto meglio
2 meglio
3 un po' meglio
4 nessun cambiamento
5 un po' peggio
6 peggio
7 molto peggio

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	
molt	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	molto peggio

21. Manifesta un cambiamento della malattia legata a **dolore** dopo aver eseguito il programma oggi?
scala PGI-C 1-7 decrescente
1 molto meglio
2 meglio
3 un po' meglio
4 nessun cambiamento
5 un po' peggio
6 peggio
7 molto peggio

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	
molt	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	molto peggio

22. Segni il valore di rigidità/tensione muscolare che percepisce dopo aver eseguito il programma di oggi
scala PGI-C 1-7 decrescente
1 molto meglio
2 meglio
3 un po' meglio
4 nessun cambiamento
5 un po' peggio
6 peggio
7 molto peggio

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	
molt	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	molto peggio

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli