

Il presente è un sondaggio sui problemi di salute che avete avuto negli ultimi 3 giorni, escluso oggi. Rispondete a tutte le domande riempiendo il cerchio appropriato con una penna ad inchiostro blu o nero. Non fate segni di spunta e non usate pennarelli. Grazie.

Data di oggi:      MM / GG / AA

**Parte 1 – Sintomi cronici e acuti**

**1. Indicate se siete attualmente affetti da uno o più dei seguenti sintomi o problemiS**

Avete....

- a. cecità o vista gravemente compromessa in entrambi gli occhi? ..... **S** ○ **N** ○  
cecità o vista gravemente compromessa in un occhio? ..... **S** ○ **N** ○
- b. problemi di linguaggio quali balbuzie? ..... **S** ○ **N** ○  
incapacità a parlare chiaramente ..... **S** ○ **N** ○
- c. mani, piedi, braccia o gambe paralizzate ..... **S** ○ **N** ○  
o mancanti? ..... **S** ○ **N** ○
- d. qualsiasi deformità al viso, alle dita alle mani alle braccia, ai piedi alle gambe o alla schiena (ad es., scoliosi grave) ..... **S** ○ **N** ○
- e. stanchezza o debolezza generalizzate ..... **S** ○ **N** ○
- f. un problema di perdita o aumento di peso non desiderati? ..... **S** ○ **N** ○
- g. il problema di essere sovrappeso o sottopeso? ..... **S** ○ **N** ○
- h. problemi di masticazione?..... **S** ○ **N** ○
- i. perdita dell'udito o sordità? ..... **S** ○ **N** ○
- j. problemi evidenti alla pelle, come acne grave o ustioni cicatrici di grandi dimensioni al viso, al corpo, alle braccia o alle gambe? ..... **S** ○ **N** ○
- k. eczema o eritema con prurito o bruciore? ..... **S** ○ **N** ○

**Quali dei seguenti dispositivi usate o avete?**

- dentiera? ..... **S** ○ **N** ○
- bombola di ossigeno? ..... **S** ○ **N** ○
- protesi?..... **S** ○ **N** ○
- occhiali o lenti a contatto? ..... **S** ○ **N** ○
- apparecchio acustico?..... **S** ○ **N** ○
- lente d'ingrandimento?..... **S** ○ **N** ○
- tutore ortopedico al collo, alla schiena o alle gambe? ..... **S** ○ **N** ○

**2. Per la seguente lista di problemi, indicate in quali giorni durante gli ultimi 3, escluso oggi, si è verificato il problema. Se il sintomo non è comparso negli ultimi 3 giorni, non lasciate la domanda in bianco ma indicate "nessun giorno". Se il sintomo si è verificato negli ultimi 3 giorni, indicate il giorno preciso: se si è verificato per più di un giorno, indicate tutti i giorni.**

Ad esempio, se avete avuto mal di testa ieri e il giorno prima:

- mal di testa?.....  
○ Nessun giorno    λ    Ieri    λ    2 giorni fa    ○    3 giorni fa

**Avete avuto... (indicate i giorni in cui il problema si è verificato)**

- a. problemi alla vista non corretti da occhiali o lenti a contatto (come vista doppia, visione distorta, bagliori o mosche volanti)?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- b. dolore, irritazione, secrezione agli occhi o eccessiva sensibilità alla luce?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- c. mal di testa?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- d. vertigini, dolore o ronzii alle orecchie?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- e. difficoltà di udito, secrezione o sanguinamento da un orecchio?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- f. congestione nasale, naso che cola o sanguinamento dal naso?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- g. mal di gola, difficoltà ad ingoiare o voce roca?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- h. mal di denti o dolore alla mandibola?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- i. dolore o sanguinamento a labbra, lingua, o gengive?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- j. tosse o respiro con sibilo?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- k. mancanza di respiro o difficoltà di respirazione?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa

**Avete avuto... (indicate i giorni in cui il problema si è verificato)**

- l. dolore o pressione al petto, palpitazioni, battiti cardiaci frequenti, aritmia o altri disturbi al torace?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- m. mal di stomaco, dolori addominali, nausea, bruciori di stomaco o vomito?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- n. difficoltà di defecazione, diarrea, costipazione, sanguinamento rettale, feci di colorazione simile al catrame o qualsiasi dolore o disturbo nell'area rettale?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- o. dolore, bruciore o sangue nelle urine?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- p. perdita di controllo della vescica, minzioni notturne frequenti o difficoltà nella minzione?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- q. dolore, bruciore, prurito, secrezione anormale ai genitali, crampi pelvici o sanguinamento anormale? (non include le mestruazioni)  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- r. braccio, polso, piede, gamba o qualsiasi altro osso rotto (esclusa la schiena)?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- s. dolore, rigidità crampi, debolezza o intorpidimento *al collo o alla schiena*?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- t. dolore, rigidità, crampi, debolezza o intorpidimento *ai fianchi o ai lati*?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- u. dolore, rigidità, crampi, debolezza o intorpidimento in qualsiasi *articolazione o muscolo delle mani, dei piedi, delle braccia o delle gambe*?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- v. gonfiore alle caviglie, alle mani, ai piedi o all'addome?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- w. febbre, brividi o sudorazione eccessiva?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- x. perdita di coscienza, svenimenti o convulsioni?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- y. difficoltà nell'equilibrio, nello stare in piedi o nel camminare?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa

**3. I seguenti sintomi si riferiscono ai vostri stati d'animo, pensieri e comportamento. Se avete avuto qualcuno dei sintomi, indicate in quali giorni durante gli ultimi tre, escluso oggi, avete ...**

- a. avuto difficoltà ad addormentarvi o a rimanere addormentati?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- b. avuto stato di agitazione nervosa?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- c. avuto stati di turbamento, scoraggiamento, o tristezza?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- d. avuto ansietà o preoccupazione eccessive?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- e. provato la sensazione di non avere poco o nessun controllo sugli eventi della vostra vita?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- f. avuto la sensazione di essere soli o isolati?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- g. provato sensazioni di frustrazione, irritazione o sull'orlo di perdere la calma?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- h. avuto i postumi di una sbornia?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- i. provato riduzione di interesse o prestazioni sessuali?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- j. provato confusione, difficoltà a capire le parole scritte o orali o notevole perdita di memoria?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- k. avuto pensieri o immagini che non se ne vanno?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa
- l. preso farmaci inclusi quelli da banco (aspirina/tachipirina, farmaci per le allergie, insulina, ormoni, estrogeni, farmaci per la tiroide, prednisone)?  
○ Nessun giorno    ○ Ieri    ○ 2 giorni fa    ○ 3 giorni fa

Continua sul retro.

