



DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

ISTRUZIONI: Questo questionario valuta la percezione della persona per il proprio stato di salute. Le informazioni raccolte consentono agli operatori di essere aggiornati sul suo stato di salute.

1. secondo Lei la Sua salute è

- Eccellente
- Molto buona
- Buona
- Passabile
- Scadente

2. La sua salute La limita nello svolgimento delle attività quotidiane che richiedono moderato impegno fisico (come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta, ecc.) ?

- SI, mi limita molto
- SI, mi limita parzialmente
- NO, non mi limita

3. La sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale ?

- SI, mi limita molto
- SI, mi limita parzialmente
- NO, non mi limita

4. Nell'ultimo mese, ha avuto una resa inferiore sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?

- SI
- NO

5. Nell'ultimo mese, ha dovuto limitare alcune attività, a causa della sua salute fisica ?

- SI
- NO

6. Nell'ultimo mese, ha avuto una resa inferiore sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso) ?

- SI
- NO

7. Nell'ultimo mese, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

- SI
- NO

8. Nell'ultimo mese, il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa) ?

- Per nulla
- Molto poco
- Molto
- Moltissimo



DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE

9. Per quanto tempo nell'ultimo mese si è sentito calmo e sereno ?

- Sempre
- Quasi sempre
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

10. Per quanto tempo nell'ultimo mese si è sentito pieno di energia?

- Sempre
- Quasi sempre
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

11. Per quanto tempo nell'ultimo mese si è sentito scoraggiato e triste ?

- Sempre
- Quasi sempre
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

12. Nell'ultimo mese, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

- Sempre
- Quasi sempre
- Quasi mai
- Mai

Data _____

Firma _____