

Questionario sulla salute dei pazienti PHQ-15, PHQ-9, GAD-7

Nome del paziente / numero di identificazione del caso (FID) / codice a barre:

Momento del rilevamento:

Ammissione Dimissione

Data del rilevamento:

____ / ____ /20 ____

Questo questionario è uno strumento importante per offrirle la migliore assistenza sanitaria possibile. Le sue risposte serviranno a capire i problemi che lei può avere.

La preghiamo di dare la risposta che meglio corrisponde al suo caso.

PHQ-15

Nell'ultima settimana, quanto le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?

(Selezionare la risposta appropriata per voi)

	Nessun fastidio	Un po' di fastidio	Molto fastidio
--	-----------------	--------------------	----------------

	Nessun fastidio	Un po' di fastidio	Molto fastidio
1. Mal di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dolore alle braccia, alle gambe o alle articolazioni (ginocchia, anche, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolori mestruali o altri disturbi mestruali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolore al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Giramenti di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Episodi di svenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentire il cuore battere forte o accelerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fato corto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dolore o problemi durante i rapporti sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Stitichezza, fuci molli o inconsistenti o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nausea, aria nella pancia o nello stomaco o indigestione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9

Nell'ultima settimana, con quale frequenza è stato/a disturbato/a da ciascuno dei seguenti problemi?

(Selezionare la risposta appropriata per voi)

	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
	0	1	2	3
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentirsi giù di morale, depresso o disperato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Difficoltà nell'addormentarsi, nel dormire senza svegliarsi, oppure dormire troppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Scarso o eccessivo appetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un fallimento o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in qualche modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7

Nell'ultima settimana, con quale frequenza è stato/a disturbato/a dai seguenti problemi?

(Selezionare la risposta appropriata per voi)

	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Sentirsi nervosa/a, ansioso/a o teso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preoccuparsi troppo per varie cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avere difficoltà a rilassarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Infastidirsi o irritarsi facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avere paura come se potesse succedere qualcosa di terribile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>