

**15. Sintomi**

Per favore, specificare quante volte avete sofferto di uno dei sintomi qui di seguito elencati nel corso dell'ultimo mese:	<b>Mai</b>	<b>Di rado o occasionalmente</b>	<b>Spesso o di continuo</b>
<b>15.1. Mancanza di fiato</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.2. Mal di testa</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.3. Dolori al torace</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.4. Dolori di pancia</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.5. Dolori alle gambe (camminando)</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.6. Altri dolori</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.7. Febbre</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.8. Stanchezza senza spiegazione</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.9. Abbattimento / depressione</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.10. Nervosismo/ senso di paura</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.11. Gambe gonfie</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.12. Tosse</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.13. Capogiri</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.14. Capogiri alzandosi in piedi</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.15. Stitichezza</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.16. Diarrea</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>15.17. Prurito della pelle</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

## 16. Mancanza di respiro (classificazione NYHA)

<p><b>16.1. Quale è la risposta che più le si addice?</b> (per favore, specificare solo una risposta)</p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> posso svolgere qualsiasi attività fisica senza avere mancanza di respiro.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> mi manca il respiro se faccio sforzi particolari (come ad es.: salire alcuni piani di scale).</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> mi manca il respiro nelle normali attività quotidiane (come ad es.: camminare in piano).</p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> mi manca il respiro a riposo e non posso fare alcuna attività fisica senza che mi manchi il fiato.</p>
---	---

## 17. Dolori al petto (angina) in caso di problemi cardiaci

<p><b>17.1. Facendo quale attività compaiono dolori al petto o sente un peso sul torace?</b> (per favore, specificare solo una risposta)</p>	<p><input type="checkbox"/><sub>0</sub> io non ho nessun sintomo cardiaco.</p> <p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> se faccio attività fisiche particolarmente intense (ad es.: sport).</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> se faccio sforzi fisici (ad es.: salire alcuni piani di scale).</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> nelle normali attività quotidiane (ad es.: camminare in piano).</p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> in attività fisiche leggere o anche a riposo.</p>
--	--

## 18. Dolori generici

<p><b>18.1. Riferiti ad una scala da 0 (= nessun dolore) a 10 (= dolori fortissimi), in media che intensità avevano i dolori da Lei sofferti sull'arco degli ultimi 7 giorni?</b> (per favore, immettere un valore da 0 a 10)</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>18.2. Nel caso in cui Lei abbia dolori, con che frequenza ne soffre?</b></p>	<p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> una volta al mese o raramente</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> più volte al mese ma non giornalmente</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> tutti i giorni: una o più volte</p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> di continuo senza interruzione</p>

**19. Anamnesi (storia medica)**

Le è mai stato detto da un medico che Lei soffre di una di queste malattie?	No	Si
<b>19.1. Ipertensione arteriosa</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.2. Eccessivo livello di grassi nel sangue</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.3. Diabete</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.4. Angina pectoris o cardiopatia ischemia</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.5. Infarto miocardico</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.6. Insufficienza cardiaca</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.7. Colpo apoplettico</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.8. Bronchite o Asma</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.9. Artrite o malattia reumatica</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.10. Osteoporosi</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.11. Depressione</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>19.12. Cataratta, glaucoma o affezione della retina</b> Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

## 20. Operazioni chirurgiche

<p><b>20.1. È mai stato sottoposto ad un intervento chirurgico?</b></p>	<p><input type="checkbox"/><sub>0</sub> No → <i>andare al punto 21.</i>  <input type="checkbox"/><sub>1</sub> Si</p>
<p><b>20.2. Intervento chirurgico 1</b></p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	
<p><b>20.3. Intervento chirurgico 2 (in caso di più interventi chirurgici)</b></p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	
<p><b>20.4. Intervento chirurgico 3 (in caso di più interventi chirurgici)</b></p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	
<p><b>20.5. Intervento chirurgico 4 (in caso di più interventi chirurgici)</b></p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	
<p><b>20.6. Intervento chirurgico 5 (in caso di più interventi chirurgici)</b></p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	

## 21. Medicamenti

<p>Nel caso in cui Lei attualmente stia prendendo dei medicinali, per favore li elenchi tutti (i farmaci prescritti dal suo medico e i medicinali da lei acquistati, anche gli antidolorifici e le sostanze vegetali):</p>	
<b>21.1. Medicamento 1</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.2. Medicamento 2</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.3. Medicamento 3</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.4. Medicamento 4</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.5. Medicamento 5</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.6. Medicamento 6</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.7. Medicamento 7</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.8. Medicamento 8</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.9. Medicamento 9</b>	
Nome:	<input type="text"/>
<b>21.10. Medicamento 10</b>	
Nome:	<input type="text"/>