

15. Sintomi

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

16. Mancanza di respiro (classificazione NYHA)

| | |
|---|---|
| <p>16.1. Quale è la risposta che più le si addice? (per favore, specificare solo una risposta)</p> | <p><input type="checkbox"/>₁ posso svolgere qualsiasi attività fisica senza avere mancanza di respiro.</p> <p><input type="checkbox"/>₂ mi manca il respiro se faccio sforzi particolari (come ad es.: salire alcuni piani di scale).</p> <p><input type="checkbox"/>₃ mi manca il respiro nelle normali attività quotidiane (come ad es.: camminare in piano).</p> <p><input type="checkbox"/>₄ 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>17.1. Facendo quale attività compaiono dolori al petto o sente un peso sul torace? (per favore, specificare solo una risposta)</p> | <p><input type="checkbox"/>₀ io non ho nessun sintomo cardiaco.</p> <p><input type="checkbox"/>₁ se faccio attività fisiche particolarmente intense (ad es.: sport).</p> <p><input type="checkbox"/>₂ se faccio sforzi fisici (ad es.: salire alcuni piani di scale).</p> <p><input type="checkbox"/>₃ nelle normali attività quotidiane (ad es.: camminare in piano).</p> <p><input type="checkbox"/>₄ in attività fisiche leggere o anche a riposo.</p> |
|--|--|

18. Dolori generici

| | |
|---|--|
| <p>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? (per favore, immettere un valore da 0 a 10)</p> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <p>18.2. Nel caso in cui Lei abbia dolori, con che frequenza ne soffre?</p> | <p><input type="checkbox"/>₁ una volta al mese o raramente</p> <p><input type="checkbox"/>₂ più volte al mese ma non giornalmente</p> <p><input type="checkbox"/>₃ tutti i giorni: una o più volte</p> <p><input type="checkbox"/>₄ 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 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 19.1. Ipertensione arteriosa Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.2. Eccessivo livello di grassi nel sangue Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.3. Diabete Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.4. Angina pectoris o cardiopatia ischemia Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.5. Infarto miocardico Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.6. Insufficienza cardiaca Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.7. Colpo apoplettico Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.8. Bronchite o Asma Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.9. Artrite o malattia reumatica Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.10. Osteoporosi Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.11. Depressione Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19.12. Cataratta, glaucoma o affezione della retina Se sì, da quanti anni? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

20. Operazioni chirurgiche

| | |
|---|--|
| <p>20.1. È mai stato sottoposto ad un intervento chirurgico?</p> | <p><input type="checkbox"/>₀ No → <i>andare al punto 21.</i> <input type="checkbox"/>₁ Si</p> |
| <p>20.2. Intervento chirurgico 1</p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> | |
| <p>20.3. Intervento chirurgico 2 (in caso di più interventi chirurgici)</p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> | |
| <p>20.4. Intervento chirurgico 3 (in caso di più interventi chirurgici)</p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> | |
| <p>20.5. Intervento chirurgico 4 (in caso di più interventi chirurgici)</p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>quando? (anno) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> | |
| <p>20.6. Intervento chirurgico 5 (in caso di più interventi chirurgici)</p> <p>Che tipo di intervento? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><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> | |
| 21.1. Medicamento 1 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.2. Medicamento 2 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.3. Medicamento 3 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.4. Medicamento 4 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.5. Medicamento 5 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.6. Medicamento 6 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.7. Medicamento 7 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.8. Medicamento 8 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.9. Medicamento 9 | |
| Nome: | <input type="text"/> |
| 21.10. Medicamento 10 | |
| Nome: | <input type="text"/> |