

Indicare quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo stato di salute oggi, segnando con una crocetta (☒ così) una sola casella di ciascun gruppo.

Capacità di Movimento

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Non ho difficoltà nel camminare | ☐ |
| Ho qualche difficoltà nel camminare | ☐ |
| Sono costretto/a a letto | ☐ |

Cura della Persona

- | | |
|---|--------------------------|
| Non ho difficoltà nel prendermi cura di me stesso/a | ☐ |
| Ho qualche difficoltà nel lavarmi o vestirmi | ☐ |
| Non sono in grado di lavarmi o vestirmi | ☐ |

Attività Abituale (per es. lavoro, studio, lavori domestici, attività familiari o di svago)

- | | |
|---|--------------------------|
| Non ho difficoltà nello svolgimento delle attività abituali | ☐ |
| Ho qualche difficoltà nello svolgimento delle attività abituali | ☐ |
| Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali | ☐ |

Dolore o Fastidio

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Non provo alcun dolore o fastidio | ☐ |
| Provo dolore o fastidio moderati | ☐ |
| Provo estremo dolore o fastidio | ☐ |

Ansia o Depressione

- | | |
|---|--------------------------|
| Non sono ansioso/a o depresso/a | ☐ |
| Sono moderatamente ansioso/a o depresso/a | ☐ |
| Sono estremamente ansioso/a o depresso/a | ☐ |

Per aiutarla ad esprimere il suo stato di salute attuale, abbiamo disegnato una scala graduata (simile ad un termometro) sulla quale il migliore stato di salute immaginabile è contrassegnato dal numero 100 ed il peggiore dallo 0.

Vorremmo che indicasse su questa scala quale è, secondo lei, il livello del suo stato di salute oggi, tracciando una linea dal riquadro sottostante fino al punto che corrisponde al suo stato attuale di salute.

**Il suo stato di
salute oggi**

Migliore stato di
salute
immaginabile

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peggior stato di
salute
immaginabile