

### Istruzioni

- Vogliate p.f. usare una matita morbida #2 per compilare il modulo.
- È permessa una sola risposta alla domanda.

 Vogliate p.f. compilare riempiendo interamente le caselle.

Informazioni obbligatorie

Solo per uso interno. Non ripreso da scanner.

Cognome		Nome		Sesso	
Indirizzo			N. di paziente		
Codice stato		NPA		Luogo	
Numero di sicurezza sociale (no. AVS)			Data di nascita (GG.MM.AAAA)		

### Periodo del controllo

- |  |                                 |  |                  |
|--|---------------------------------|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> prima dell'intervento | <input type="checkbox"/> 3 mesi | <input type="checkbox"/> 2 anni            |                  |
| <input type="checkbox"/> 4 settimane           | <input type="checkbox"/> 6 mesi | <input type="checkbox"/> 3 anni            |                  |
| <input type="checkbox"/> 6 settimane           | <input type="checkbox"/> 9 mesi | <input type="checkbox"/> 4 anni            | e.g. 4 mesi      |
| <input type="checkbox"/> 2 mesi                | <input type="checkbox"/> 1 anno | <input type="checkbox"/> 5 anni            | = 4 mesi/12 mesi |
|  |                                 | <input type="checkbox"/> altro: ..... mesi | = 0.33 anno      |

**I problemi al collo** possono portare a dolori alla zona cervicale e/o alle spalle ed alle braccia, oltre che a disturbi come formicolio, puntura di aghi e spilli o riduzione della sensibilità in una di queste regioni.

**1** Tra questi disturbi, quale le crea **più** problemi? Per favore, segni **una sola** casella.

- male al collo
- dolore a un braccio o a una spalla
- disturbi sensitivi a braccio/spalla come bruciore, formicolii, riduzione di sensibilità
- nessuno dei precedenti

**2** Nelle prossime 2 domande (2a e 2b) indichi l'intensità del suo dolore, segnando una croce sulla linea da 0 a 10 (dove 0 = **nessun** dolore, 10 = il dolore **più forte** che lei possa immaginare). Le domande sono divise in: **male al collo** e **dolore al braccio/spalla**.

**2a** Qual'è stata l'intensità del **dolore al collo** nell' ultima settimana?

nessun dolore    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    il peggior dolore immaginabile

                               

**2b** Qual'è stata l'intensità del **dolore al braccio/spalla** nell' ultima settimana?

nessun dolore    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    il peggior dolore immaginabile

                               

**3** Durante la scorsa settimana quanto i suoi problemi del collo hanno interferito con la sua **normale attività** (come il lavoro fuori casa e/o le faccende domestiche)?

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto
- moltissimo

**4** Se dovesse trascorrere il **resto della vita con i disturbi che ha in questo preciso momento**, come si sentirebbe?

- molto soddisfatto
- abbastanza soddisfatto
- né soddisfatto né insoddisfatto
- abbastanza insoddisfatto
- molto insoddisfatto

**5** Ripensando alla **scorsa settimana**, come giudicherebbe la sua qualità di vita?

- ottima
- buona
- accettabile
- cattiva
- pessima

**Prego giri il foglio.**

