

## Istruzioni

- Utilizzi una matita morbida #2 per marcare.
- Risponda a tutte le domande se non sono indicate altre istruzioni.

■ I rettangoli sono da riempire completamente.

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)	

□ Informazioni obbligatorie

**Il presente questionario è stato creato per permetterci di capire in che modo il dolore che prova al collo abbia condizionato la Sua capacità di gestire le attività della vita quotidiana. Per cortesia, risponda ad ogni sezione cerchiando LA RISPOSTA che giudica più pertinente. Ci rendiamo conto che si possa trovare d'accordo con più di una affermazione, ma PROVI GENTILMENTE A CERCHIARE SOLO LA RISPOSTA CHE DESCRIVE MAGGIORMENTE IL SUO PROBLEMA PROPRIO ADESSO.**

## Data dell'esame

Giorno  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  
Mese  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 Anno  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22

## Intermezzo, .....dopo l'intervento

- |  |                                      |                                  |   |                                  |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> prima dell'intervento | <input type="checkbox"/> 6 settimane | <input type="checkbox"/> 3 mesi  | <input type="checkbox"/> 6 mesi         | <input type="checkbox"/> 9 mesi  |
| <input type="checkbox"/> 1 anno                | <input type="checkbox"/> 2 anni      | <input type="checkbox"/> 3 anni  | <input type="checkbox"/> 4 anni         | <input type="checkbox"/> 5 anni  |
| <input type="checkbox"/> 7 anni                | <input type="checkbox"/> 8 anni      | <input type="checkbox"/> 9 anni  | <input type="checkbox"/> 10 anni        | <input type="checkbox"/> 11 anni |
| <input type="checkbox"/> 13 anni               | <input type="checkbox"/> 14 anni     | <input type="checkbox"/> 15 anni | <input type="checkbox"/> >15 anni ..... |                                  |

## 1. Intensità del dolore

- Al momento non ho dolore cervicale.
- Al momento il dolore cervicale è molto lieve.
- Al momento il dolore cervicale è di media intensità.
- Al momento il dolore cervicale è abbastanza forte.
- Al momento il dolore cervicale è molto forte.
- Al momento il dolore cervicale è il massimo immaginabile.

## 2. Cura personale (lavarsi, vestirsi, ecc.)

- Riesco a prendermi cura di me stesso/a normalmente senza sentire più dolore cervicale del solito.
- Riesco a prendermi cura di me stesso/a normalmente ma mi causa più dolore cervicale del solito.
- Mi fa male prendermi cura di me stesso/a e sono lento/a e prudente.
- Ho bisogno di un po' di aiuto ma riesco per lo più a prendermi cura di me stesso/a.
- Ho bisogno di aiuto ogni giorno in quasi tutti gli aspetti della cura di me stesso/a.
- Non mi vesto, mi lavo con difficoltà e sto a letto.

## 3. Alzare pesi

- Riesco a sollevare oggetti pesanti senza sentire più dolore cervicale del solito.
- Riesco a sollevare oggetti pesanti ma sentendo più dolore cervicale del solito.
- Il dolore cervicale mi impedisce di sollevare oggetti pesanti da terra, ma ci riesco se sono posizionati in maniera opportuna, per esempio su un tavolo.
- Il dolore cervicale mi impedisce di sollevare oggetti pesanti, ma riesco a sollevare oggetti leggeri o di medio peso se sono posizionati in maniera opportuna.
- Riesco a sollevare solo oggetti molto leggeri.
- Riesco a sollevare solo oggetti molto leggeri.

## 4. Leggere

- Riesco a leggere quanto voglio senza provare alcun dolore al collo.
- Riesco a leggere quanto voglio avvertendo un dolore al collo lieve.
- Riesco a leggere quanto voglio avvertendo un dolore al collo di media intensità.
- Non riesco a leggere quanto voglio a causa di un dolore al collo di media intensità.
- Non riesco a leggere quanto voglio a causa di un dolore al collo molto forte.
- Non riesco a leggere del tutto.

## 5. Mal di testa

- Non provo mal di testa per nulla.
- Provo un mal di testa lieve che insorge raramente.
- Provo un mal di testa di media intensità che insorge raramente.
- Provo un mal di testa di media intensità che insorge frequentemente.
- Provo un mal di testa molto forte che insorge frequentemente.
- Provo quasi sempre mal di testa.

## 6. Concentrarsi

- Riesco a concentrarmi perfettamente quando lo desidero senza difficoltà.
- Riesco a concentrarmi perfettamente quando lo desidero con leggera difficoltà.
- Avverto una difficoltà intermedia a concentrarmi quando lo desidero.
- Avverto molta difficoltà a concentrarmi quando lo desidero.
- Avverto moltissima difficoltà a concentrarmi quando lo desidero.
- Avverto moltissima difficoltà a concentrarmi quando lo desidero.

## 7. Lavorare

- Riesco a svolgere tutto il lavoro che voglio.
- Riesco a svolgere solo il mio lavoro abituale, ma nulla di più.
- Riesco a svolgere parte del mio lavoro abituale, ma nulla di più.
- Non riesco a svolgere il mio lavoro abituale.
- Svolgo ogni lavoro con molta difficoltà.
- Non riesco più a svolgere alcun lavoro.

## 8. Guidare

- Riesco a guidare la mia macchina senza alcun dolore al collo.
- Riesco a guidare la mia macchina fin quando voglio provando un lieve dolore al collo.
- Riesco a guidare la mia macchina fin quando voglio provando un dolore al collo di media intensità.
- Non riesco a guidare la mia macchina fin quando voglio a causa di un dolore al collo di media intensità.
- Riesco a guidare proprio con molta difficoltà a causa di un forte dolore al collo.
- Non riesco più a guidare la mia macchina a causa del dolore cervicale.

## 9. Dormire

- Non ho problemi per dormire.
- Il mio riposo è scarsamente disturbato (meno di un'ora di insonnia).
- Il mio riposo è leggermente disturbato (1-2 ore di insonnia).
- Il mio riposo è moderatamente disturbato (2-3 ore di insonnia).
- Il mio riposo è disturbato moltissimo (3-5 ore di insonnia).
- Il mio riposo è completamente disturbato (5-7 ore di insonnia).

## 10. Svegliarsi

- Posso dedicarmi a tutti i miei passatempi senza alcun dolore al collo.
- Posso dedicarmi a tutti i miei passatempi con un po' di dolore al mio collo.
- Posso dedicarmi a molti, ma non a tutti i miei passatempi a causa del dolore al mio collo.
- Posso dedicarmi solo ad alcuni dei miei passatempi a causa del dolore al mio collo.
- Posso dedicarmi con difficoltà ai miei passatempi a causa del dolore al mio collo.
- Non riesco più a dedicarmi a nessun passatempo.