

La tua salute — e — il tuo benessere

Questionario sui sintomi legati al peso (WRSM)

In questo questionario vengono richieste le tue opinioni sulla tua salute e il tuo peso.



*Ti ringraziamo per la compilazione di questo
questionario!*

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(WRSM Standard (Italian) Switzerland Version 1.0)

Istruzioni per i partecipanti allo studio su come compilare il questionario sulla qualità della vita

- 1) Questo questionario costituisce una parte importante della tua valutazione medica globale. Le domande sono state concepite per raccogliere informazioni su come la tua salute abbia influito sulla qualità della tua vita dal tuo punto di vista.
- 2) Compila il questionario utilizzando una penna biro. Scrivi in modo nitido premendo con decisione la penna, in modo che le tue risposte risultino chiare e leggibili.
- 3) Leggi ogni domanda attentamente e rispondi con calma. Alcune domande potrebbero sembrare simili ad altre, ma ogni domanda è in realtà diversa dalle altre.
- 4) Rispondi a ogni domanda facendo una crocetta ☐ sulla casella che meglio corrisponde alla tua risposta. Puoi cambiare una risposta barrando con una linea orizzontale (☒) la scelta da cambiare e facendo quindi una nuova crocetta ☐ sulla casella che corrisponde alla tua nuova scelta.
- 5) Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Se non sei sicura/o di come rispondere ad una particolare domanda, scegli la risposta che più si avvicina.
- 6) Le tue risposte sono strettamente confidenziali. Il coordinatore dello studio verificherà le risposte solo per controllare che il questionario sia stato completato e non le mostrerà ad altri membri del personale medico.

I disturbi dovuti all'eccesso di peso e il fastidio che ti hanno provocato

Per ciascuna delle seguenti domande, ti preghiamo di fare una crocetta ☒ sulla casella che meglio corrisponde alla tua risposta.

a. Nelle ultime 4 settimane hai avuto i seguenti sintomi?			b. Se sì, quanto fastidio ti hanno provocato questi sintomi?						
No	Sì	SINTOMI	Nes- suno	Pochis- simo	Poco	Mode- rato	Abba- stanza	Molto	Moltis- simo
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Fiato corto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Stanchezza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problemi di sonno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Intolleranza al freddo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento della sete	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento dell'irritabilità	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dolori alla schiena	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Urinare di frequente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dolori alle giunture (anche, ginocchia, ecc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Ritenzione idrica	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problemi ai piedi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Intolleranza al caldo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Russare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Continua alla pagina seguente)

(continua...)

a. Nelle ultime 4 settimane ha avuto i seguenti sintomi?			b. Se sì, quanto fastidio le hanno provocato questi sintomi?						
No	Sì	SINTOMI	Nes- suno	Pochis- simo	Poco	Mode- rato	Abba- stanza	Molto	Moltis- simo
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento dell'appetito	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Perdite di urina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Capogiri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento della sudorazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Perdita del desiderio sessuale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Minore resistenza fisica	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Irritazione alla pelle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Ti preghiamo di controllare le domande a cui hai appena risposto per essere sicura/o di non averne saltata qualcuna.

Ti ringraziamo per la compilazione di questo questionario!