

La sua salute — *e* — **il suo benessere**

Questionario sui sintomi legati al peso (WRSM)

In questo questionario le vengono chieste le sue opinioni sulla sua salute e il suo peso.



***La ringraziamo per la compilazione di questo
questionario!***

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

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

- 1) Questi questionari costituiscono una parte importante della sua valutazione medica globale. Le domande sono state concepite per raccogliere informazioni su come la sua salute ha influito sulla sua qualità della vita, dal suo punto di vista.
- 2) Compili il questionario utilizzando una penna biro. Scriva in modo nitido premendo con decisione la penna, in modo che le copie risultino chiare e leggibili.
- 3) Legga ogni domanda attentamente e risponda con calma. Alcune domande potrebbero sembrare simili ad altre, ma ogni domanda è in realtà diversa dalle altre.
- 4) Risponda a ogni domanda facendo una crocetta ☐ sulla casella che meglio corrisponde alla sua risposta. Può cambiare una risposta barrando con una linea orizzontale (☒) la scelta da cambiare e facendo quindi una nuova crocetta ☐ sulla casella che corrisponde alla sua nuova scelta.
- 5) Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Se non è sicuro/a di come rispondere ad una particolare domanda, scelga la risposta che più si avvicina.
- 6) Le sue 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 le hanno provocato

Per ciascuna delle seguenti domande, la preghiamo di fare una crocetta ☒ sulla casella che meglio corrisponde alla sua risposta

a. <u>Nelle ultime 4 settimane</u> ha avuto i seguenti sintomi?			b. Se sì, quanto fastidio le hanno provocato questi sintomi?						
No	Si	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

(Continui 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	Si	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

La preghiamo di ricontrollare le domande a cui ha appena risposto per essere sicuro/a di non averne saltata neanche una.

La ringraziamo per la compilazione di questo questionario!