

FACT-GP (Versione 4)

La preghiamo di cerchiare o contrassegnare un solo numero per riga per indicare la sua risposta in riferimento agli ultimi 7 giorni.

BENESSERE FISICO

		Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
GP1	Mi manca l'energia	0	1	2	3	4
GP2	Ho nausea.....	0	1	2	3	4
GP3	Ho difficoltà ad occuparmi delle necessità della mia famiglia a causa delle mie condizioni fisiche	0	1	2	3	4
GP4	Ho dolori	0	1	2	3	4
GP6	Mi sento male	0	1	2	3	4
GP7	Sono costretto/a a trascorrere del tempo a letto.....	0	1	2	3	4

BENESSERE SOCIALE/FAMILIARE

		Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
GS1	Mi sento vicino/a ai miei amici.....	0	1	2	3	4
GS2	La mia famiglia mi sostiene moralmente.....	0	1	2	3	4
GS3	Ho appoggio morale dai miei amici.....	0	1	2	3	4
GS6	Mi sento vicino/a al mio compagno/alla mia compagna (o alla persona che mi offre il maggiore appoggio).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Indipendentemente dalla sua attività sessuale, la preghiamo di rispondere alla seguente domanda. Se preferisce non rispondere, barri questa casella <input type="checkbox"/> e passi alla prossima sezione.</i>					
GS7	Sono soddisfatto/a della mia attività sessuale	0	1	2	3	4

FACT-GP (Versione 4)

La preghiamo di cerchiare o contrassegnare un solo numero per riga per indicare la sua risposta in riferimento agli ultimi 7 giorni.

BENESSERE EMOTIVO

		Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
GE1	Mi sento triste	0	1	2	3	4
GE4	Sono nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE5	Mi preoccupo al pensiero della morte	0	1	2	3	4
GE6	Mi preoccupo che le mie condizioni possano peggiorare ..	0	1	2	3	4

BENESSERE FUNZIONALE

		Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
GF1	Sono in grado di lavorare (si intende anche il lavoro a casa)	0	1	2	3	4
GF2	Il mio lavoro (si intende anche il lavoro a casa) mi gratifica	0	1	2	3	4
GF3	Riesco a godermi la vita	0	1	2	3	4
GF5	Dormo bene	0	1	2	3	4
GF6	Provo ancora piacere nel dedicarmi ad attività di tempo libero	0	1	2	3	4
GF7	Al momento, sono soddisfatto/a della qualità della mia vita.....	0	1	2	3	4

Nome Health Home _____

Numero Identificativo dell'Assistito (CIN) relativo all'assistenza sanitaria _____

Data di somministrazione _____ / _____ / _____

GG / MM / AA

Tipologia di valutazione (Selezionare (✓) una casella)

Iniziale Annuale Finale

Nome del Direttore Sanitario (stampa)

Firma originale

Data