Dipartimento della Salute dello Stato di New York
Questionario Funzionale Health Home

- Il presente questionario è stato creato per essere gestito con il Modulo FACT-GP (Versione 4).
- Si prega di cerchiare o selezionare una risposta per ogni riga, in riferimento ai 7 giorni precedenti.

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

	Domande	**Per niente**	**Poco**	**Abbastanza**	**Moderatamente**	**Molto**
HH1	Ho bisogno di assistenza per vestirmi	0	1	2	3	4
HH2	Ho bisogno di assistenza per mangiare.....	0	1	2	3	4
HH3	Ho bisogno di servizi di interpretazione.....	0	1	2	3	4
HH4	Ci sono persone che mi aiutano in caso di necessità.....	0	1	2	3	4
HH5	Mi reco presso il mio dottore/clinica per discutere delle mie esigenze sanitarie comportamentali/mediche.....	0	1	2	3	4

	Domanda	**Sì**	**No**
HH6	Sono senzatetto.....	☐	☐

Nome del Direttore Sanitario (stampa) Firma originale Data