

Patient Health Questionnaire - PHQ-15

Questionario sulla salute del/della paziente

Nome del paziente / numero di identificazione del caso (FID) / codice a barre:

Momento del rilevamento:

Ammissione Dimissione

Data del rilevamento:

____/____/20____

Questo questionario è uno strumento importante per offrirle la migliore assistenza sanitaria possibile. Le sue risposte serviranno a capire i problemi che lei può avere.

La preghiamo di dare la risposta che meglio corrisponde al suo caso.

Nell'ultima settimana, quanto le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?

Nessun fastidio Un po' di fastidio Molto fastidio

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mal di stomaco..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mal di schiena..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dolore alle braccia, alle gambe o alle articolazioni (ginocchia, anche, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dolori mestruali o altri disturbi mestruali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mal di testa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dolore al torace..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Giramenti di testa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Episodi di svenimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sentire il cuore battere forte o accelerato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fiato corto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Dolore o problemi durante i rapporti sessuali..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Stitichezza, feci molli o inconsistenti o diarrea..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nausea, aria nella pancia o nello stomaco o indigestione..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sentirsi stanco/a o avere poca energia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |