



Patient ID: IT - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**EORTC QLQ-C30 (versione 3)**

Date:

Con questo questionario vorremmo sapere alcune cose su di Lei e sulla Sua salute. La preghiamo di rispondere a tutte le domande selezionando il numero che meglio corrisponde alla Sua risposta. Non esiste una risposta “giusta” o “sbagliata”. Le Sue informazioni verranno tenute strettamente riservate.

---

	No	Un po'	Parec- chio	Moltis- simo
1. Ha difficoltà nello svolgere attività faticose, come portare una borsa della spesa pesante o una valigia?	1	2	3	4
2. Ha difficoltà nel fare una <u>lunga</u> passeggiata?	1	2	3	4
3. Ha difficoltà nel fare una <u>breve</u> passeggiata fuori casa?	1	2	3	4
4. Ha bisogno di stare a letto o su una sedia durante il giorno?	1	2	3	4
5. Ha bisogno di aiuto per mangiare, vestirsi, lavarsi o andare in bagno?	1	2	3	4

**Durante gli ultimi sette giorni:**

	No	Un po'	Parec- chio	Moltis- simo
6. Ha avuto limitazioni nel fare il Suo lavoro o altre attività quotidiane?	1	2	3	4
7. Ha avuto limitazioni nel praticare i Suoi passatempo-hobby o altre attività di divertimento o svago?	1	2	3	4
8. Le è mancato il fiato?	1	2	3	4
9. Ha avuto dolore?	1	2	3	4
10. Ha avuto bisogno di riposo?	1	2	3	4
11. Ha avuto difficoltà a dormire?	1	2	3	4
12. Ha sentito debolezza?	1	2	3	4
13. Le è mancato l'appetito?	1	2	3	4
14. Ha avuto un senso di nausea?	1	2	3	4
15. Ha vomitato?	1	2	3	4
16. Ha avuto problemi di stitichezza?	1	2	3	4

Continuare alla pagina successiva





Patient ID: IT - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date:

**EORTC QLQ - BR23**

Talvolta i pazienti accusano i seguenti sintomi o problemi. La preghiamo di indicare il grado con cui ha provato questi sintomi o problemi durante gli ultimi sette giorni. Risponda selezionando il numero che meglio definisce la Sua situazione.

---

<b>Durante gli ultimi sette giorni:</b>	<b>No</b>	<b>Un po'</b>	<b>Parecchio</b>	<b>Moltissimo</b>
31. Ha avuto la bocca asciutta?	1	2	3	4
32. Il cibo e le bevande hanno avuto un sapore diverso dal solito?	1	2	3	4
33. I Suoi occhi sono stati dolenti, irritati o hanno lacrimato?	1	2	3	4
34. Ha perso dei capelli?	1	2	3	4
35. Risponda solo se ha perso dei capelli: in caso affermativo, la caduta dei capelli l'ha turbata?	1	2	3	4
36. Si è sentita male o poco bene?	1	2	3	4
37. Ha avuto vampate di calore?	1	2	3	4
38. Ha avuto mal di testa?	1	2	3	4
39. Si è sentita fisicamente meno attraente come conseguenza della Sua malattia o del trattamento?	1	2	3	4
40. Si è sentita meno femminile come conseguenza della Sua malattia o del trattamento?	1	2	3	4
41. Ha trovato qualche difficoltà a guardarsi nuda?	1	2	3	4
42. Si è sentita insoddisfatta del Suo corpo?	1	2	3	4
43. Ha avuto preoccupazioni per la Sua salute nel futuro?	1	2	3	4
<b>Nel corso delle ultime <u>quattro</u> settimane:</b>	<b>No</b>	<b>Un po'</b>	<b>Parecchio</b>	<b>Moltissimo</b>
44. Si è sentita interessata al sesso?	1	2	3	4
45. In che misura è stata sessualmente attiva (con o senza rapporto sessuale completo)?	1	2	3	4
46. Risponda a questa domanda solo se sessualmente attiva: è stato piacevole il sesso per Lei?	1	2	3	4

Continuare alla pagina successiva

**Durante gli ultimi sette giorni:**

	<b>No</b>	<b>Un po'</b>	<b>Parec- chio</b>	<b>Moltis- simo</b>
47. Ha avuto dolori al braccio o alla spalla?	1	2	3	4
48. Ha avuto il braccio o la mano gonfi?	1	2	3	4
49. Ha avuto difficoltà ad alzare il braccio o a muoverlo lateralmente?	1	2	3	4
50. Ha avuto dolore nell'area del seno ammalato?	1	2	3	4
51. L'area del seno ammalato è stata gonfia?	1	2	3	4
52. L'area del seno ammalato è stata ipersensibile?	1	2	3	4
53. Ha avuto problemi dermatologici (di pelle) nell'area del seno ammalato (es. prurito, pelle secca, pelle che si squama)?	1	2	3	4

Studio AXSANA

## **FUNZIONE DOPO IL TRATTAMENTO DEL CANCRO AL SENO – MODELLO D'INDAGINE Lymph-ICF**

**N. seriale paziente:** IT - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Data di compilazione:** \_\_\_\_\_

I disturbi al braccio dopo il trattamento del cancro al seno possono dare ripercussioni sia a livello fisico che mentale. Il presente modello d'indagine contiene 29 domande ed è basato sulle informazioni fornite dalle donne sottoposte a questo trattamento.

Accanto a ogni domanda c'è una linea numerata da 0 a 10. Presso le estremità di ciascuna linea è scritto: "Molto bene" e "Per nulla". La preghiamo di sbarrare il numero che esprime al meglio il livello dei suoi disturbi o il suo deficit su ogni linea. Questo numero indicherà l'entità del Suo fastidio a livello del braccio e in che misura riesce a svolgere le attività della Sua vita quotidiana.

Sbarrare il cerchio a destra ("non applicabile") se l'attività in questione non è applicabile per Lei.

La preghiamo di indicare come si è sentita nelle **ultime due settimane** e di rispondere a tutte le domande.

La preghiamo di esprimere la Sua opinione e di non discutere la questione con nessuna persona che Le sta vicino.

# Pagina 1

## Dolore, sensibilità, funzione delle difese immunitarie e funzione motoria

Braccio interessato:

	Per nulla											Molto
1. Pesantezza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Rigidità	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Gonfiore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Abbassamento forza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Formicolio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Tensione cutanea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## Problemi psichici

a causa dei problemi al braccio

	Per nulla											Molto
8. Tristezza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Scoraggiamento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Bassa autostima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## Attività domestiche

In che misura può fare quanto segue:

	Molto bene											Per nulla	Non applicabile
12. Pulizie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>
13. Cucinare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>
14. Stirare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>
15. Giardinaggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>

Pagina 2



## Pagina 2

### Capacità fisica

In che misura può fare quanto segue:

	Molto bene		Per nulla applicabile	Non applicabile
16. Lavoro con braccia alzate	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
17. Sollevare cose pesanti	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
18. Dormire sul lato operato	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
19. Lavoro al computer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
20. Prendere il sole	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
21. Guidare l'auto	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
22. Camminare per più di 2 km	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
23. Andare in bici	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		

### Attività sociali

In che misura può fare quanto segue:

	Molto bene		Per nulla applicabile	Non applicabile
24. Andare in vacanza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
25. Attività tempo libero	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
26. Fare sport	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
27. Vestirsi come vuole	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
28. Lavorare	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
29. Incontrare gli altri	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		

**Grazie per la sua collaborazione!**

Date: \_\_\_\_\_

## Sense of Coherence – Questionario di Orientamento alla vita

Forma breve- 13 domande (Antonovsky, 1987)

Ecco una serie di domande relative a vari aspetti della nostra vita. Ogni domanda ha sette possibili risposte. Si prega di contrassegnare il numero che esprime la risposta migliore, con i numeri da 1 a 7. Si prega di fornire una sola risposta a ciascuna domanda.

1. Ha la sensazione che non le importi realmente ciò che accade intorno a lei?

1	2	3	4	5	6	7
Molto raramente o mai						Molto spesso

2. Le è capitato in passato di essere sorpresa dal comportamento di persone che pensava di conoscere bene?

1	2	3	4	5	6	7
Mai successo						Sempre successo

3. Le è capitato che le persone su cui contava la abbiano delusa?

1	2	3	4	5	6	7
Mai successo						Sempre successo

4. Fino a questo momento la sua vita ha avuto:

1	2	3	4	5	6	7
Obiettivi e scopi per niente chiari						Obiettivi e scopi molto chiari

5. Ha mai la sensazione di essere trattata ingiustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Molto spesso						Molto raramente o mai

6. Ha mai la sensazione di trovarsi in una situazione poco familiare e non sapere cosa fare?

1	2	3	4	5	6	7
Molto spesso						Molto raramente o mai

7. Fare le cose di ogni giorno è:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Fonte di profondo piacere e soddisfazione

Fonte di dolore e di noia



8. Ha sensazioni ed idee molto confuse?

1	2	3	4	5	6	7
Molto spesso						Molto raramente o mai

9. Le capita di trovare dentro di sé sensazioni che preferirebbe non provare?

1	2	3	4	5	6	7
Molto spesso						Molto raramente o mai

10. Molte persone – anche quelle con un carattere forte – a volte si sentono dei perdenti in certe situazioni. Quante volte si è sentito così in passato?

1	2	3	4	5	6	7
Mai						Molto spesso

11. Quando è capitato qualcosa, generalmente ha trovato che:

1	2	3	4	5	6	7
Ne aveva sopravvalutato o sottovalutato l'importanza						Aveva visto le cose nelle giuste dimensioni

12. Quanto spesso ha la sensazione che ci sia poco senso nelle cose che fa tutti i giorni?

1	2	3	4	5	6	7
Molto spesso						Molto raramente o mai

13. Quanto spesso prova sensazioni che non è sicura di poter tenere sotto controllo?

1	2	3	4	5	6	7
Molto spesso						Molto raramente o mai

Questo questionario riguarda la sua attività fisica e la sua abitudine al fumo.

1. Considerando l'ultimo mese, quanti giorni alla settimana ha svolto almeno un'attività fisica (compreso camminare e andare in bicicletta) che è durata almeno 30 minuti?

- Mai
- Meno di 1 giorno/settimana
- 1 giorno/settimana
- 2 giorni/settimana
- 3 giorni/settimana
- 4 giorni/settimana
- 5 giorni/settimana
- 6 giorni/settimana
- 7 giorni/settimana

2. In che misura è cambiata la sua attività fisica in confronto al periodo prima della diagnosi del suo tumore mammario?

- E' aumentata
- E' diminuita
- E' rimasta uguale

3. Lei fuma?

- Sì
- No, non ho mai fumato
- No, ma ho fumato in passato

Grazie infinite della sua partecipazione!