

N° di identificazione: _____

Data: _____

PedsQLTM

Questionario sulla qualità della vita in età pediatrica

Versione 4.0 Italian (Italy)

VERSIONE PER I GENITORI dei **BAMBINI PICCOLI/** **delle BAMBINE PICCOLE (2-4 anni)**

ISTRUZIONI

Nella pagina che segue c'è una lista di cose che potrebbero essere un problema per **suo figlio/sua figlia**.

Per favore, ci dica **quanto** ciascuna di queste cose è stata **un problema per suo figlio/sua figlia** in questo **ULTIMO MESE**, facendo una crocetta su:

- 0** non è **mai** un problema
- 1** non è **quasi mai** un problema
- 2** è **qualche volta** un problema
- 3** è **spesso** un problema
- 4** è **quasi sempre** un problema

Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Se non capisce una domanda, per favore chiedi aiuto.

In questo **ULTIMO MESE**, quanto è stato un **problema** per suo figlio/sua figlia...

SALUTE E ATTIVITÀ FISICHE (è un problema...)	Mai	Quasi Mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1. Camminare	0	1	2	3	4
2. Correre	0	1	2	3	4
3. Partecipare a giochi di movimento o fare attività fisica	0	1	2	3	4
4. Sollevare qualcosa di pesante	0	1	2	3	4
5. Fare il bagno	0	1	2	3	4
6. Aiutare a raccogliere i suoi giocattoli	0	1	2	3	4
7. Avere male o dolore	0	1	2	3	4
8. Avere un basso livello d'energia	0	1	2	3	4

STATI EMOTIVI (è un problema...)	Mai	Quasi Mai	Qualche volta	Spesso	Quasi Sempre
1. Essere impaurito/a o spaventato/a	0	1	2	3	4
2. Sentirsi triste	0	1	2	3	4
3. Essere arrabbiato/a	0	1	2	3	4
4. Avere difficoltà ad addormentarsi e/o a dormire	0	1	2	3	4
5. Essere preoccupato/a	0	1	2	3	4

VITA SOCIALE (è un problema...)	Mai	Quasi Mai	Qualche volta	Spesso	Quasi Sempre
1. Giocare con gli altri bambini/le altre bambine	0	1	2	3	4
2. Gli altri bambini/Le altre bambine non vogliono giocare con lui o lei	0	1	2	3	4
3. Essere preso/a in giro dagli altri bambini/dalle altre bambine	0	1	2	3	4
4. Non riuscire a fare quello che gli altri bambini/le altre bambine della sua età riescono a fare	0	1	2	3	4
5. Fare quello che fanno gli altri bambini/le altre bambine quando gioca con loro	0	1	2	3	4

***La preghiamo di compilare questa sezione se il suo bambino/la sua bambina frequenta la scuola o l'asilo nido**

ATTIVITÀ A SCUOLA/ASILO NIDO (è un problema...)	Mai	Quasi Mai	Qualche volta	Spesso	Quasi Sempre
1. Riuscire a fare le stesse attività a scuola/asilo nido dei suoi coetanei/delle sue coetanee	0	1	2	3	4
2. Stare a casa da scuola o dall'asilo nido perché non si sente bene	0	1	2	3	4
3. Stare a casa da scuola o dall'asilo nido per andare dal dottore o in ospedale	0	1	2	3	4