

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

N. Id. _____
Data: _____

PedsQLTM

Modulo trapianti

Versione 3.0

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

ISTRUZIONI

I bambini sottoposti a trapianto hanno a volte problemi particolari. Nella pagina che segue sono riportati alcuni aspetti che potrebbero costituire 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** se non è **mai** un problema
- 1** se non è **quasi mai** un problema
- 2** se **qualche volta** è un problema
- 3** se è **spesso** un problema
- 4** se è **quasi sempre** un problema

Non esistono risposte giuste o sbagliate.
Se non comprende una domanda, non esiti a chiedere aiuto.

Nel mese scorso, che problemi ha avuto suo figlio/sua figlia con...

LE MEDICINE I	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. l'assunzione di medicine lo/la fanno sentire male	0	1	2	3	4
2. Le medicine lo/la rendono irritabile	0	1	2	3	4
3. Si dimentica di prendere le medicine	0	1	2	3	4
4. Ha difficoltà a prendere le medicine	0	1	2	3	4
5. Ha difficoltà a deglutire le medicine	0	1	2	3	4
6. Non gli/le piace il sapore delle medicine	0	1	2	3	4
7. Non gli/le piace dover prendere continuamente le medicine	0	1	2	3	4
8. Ha difficoltà a integrare le medicine nelle attività quotidiane	0	1	2	3	4
9. Si arrabbia quando deve prendere le medicine	0	1	2	3	4

LE MEDICINE II	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. Le medicine gli/le fanno gonfiare lo stomaco	0	1	2	3	4
2. Le medicine gli/le fanno gonfiare il viso	0	1	2	3	4
3. Le medicine rovinano i denti	0	1	2	3	4
4. Le medicine lo/la fanno aumentare di peso	0	1	2	3	4
5. Le medicine gli/le fanno aumentare i peli	0	1	2	3	4
6. Le medicine gli/le fanno gonfiare le gengive	0	1	2	3	4
7. Le medicine rallentano la crescita	0	1	2	3	4
8. Le medicine favoriscono lo sviluppo di acne	0	1	2	3	4

*Nel mese scorso, che **problemi** ha avuto suo figlio/sua figlia con...*

TRAPIANTO E ALTRO	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. Le persone lo/la trattano diversamente perché è stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
2. Si sente diverso/a dagli altri bambini della sua età perché è stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
3. I genitori non gli/le lasciano fare ciò che desidera perché è stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
4. Le persone non capiscono cosa ha passato	0	1	2	3	4
5. Si sente escluso perché è stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
6. Ha difficoltà a parlare del trapianto con le persone	0	1	2	3	4
7. I genitori lo/la assillano perché deve prendere le medicine	0	1	2	3	4
8. I medici lo/la assillano perché deve prendere le medicine	0	1	2	3	4

DOLORI E FASTIDI	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. Mal di pancia	0	1	2	3	4
2. Mal di testa	0	1	2	3	4
3. Mal di schiena	0	1	2	3	4

PREOCCUPAZIONI	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. Si preoccupa degli effetti collaterali delle medicine	0	1	2	3	4
2. Si preoccupa dell'efficacia delle medicine	0	1	2	3	4
3. Si preoccupa che ci sia qualcosa che non va quando non si sente bene	0	1	2	3	4
4. Si preoccupa che il medico trovi qualcosa che non va	0	1	2	3	4
5. Si preoccupa della riuscita del trapianto	0	1	2	3	4
6. Si preoccupa di dover subire un altro trapianto	0	1	2	3	4
7. Si preoccupa di non potersi più dedicare alle attività abituali a causa del trapianto	0	1	2	3	4

*Nel mese scorso, che **problemi** ha avuto suo figlio/sua figlia con...*

ANSIA RIGUARDO AL TRATTAMENTO (si agita...)	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. perchè deve andare dal medico	0	1	2	3	4
2. per la visita in ospedale	0	1	2	3	4
3. per le punture (iniezioni, analisi del sangue, infusioni endovenose)	0	1	2	3	4
4. quando deve sottoporsi a trattamenti/procedure mediche (biopsia)	0	1	2	3	4

ASPETTO FISICO PERCEPITO	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. Non gli piace che altre persone vedano le sue cicatrici	0	1	2	3	4
2. Si preoccupa che le medicine modifichino il suo aspetto	0	1	2	3	4
3. Si sente in imbarazzo quando le persone vedono il suo corpo	0	1	2	3	4

COMUNICAZIONE	Mai	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. Ha difficoltà a comunicare ai medici e agli infermieri come si sente	0	1	2	3	4
2. Ha difficoltà a rivolgere domande ai medici e agli infermieri	0	1	2	3	4
3. Ha difficoltà a spiegare il trapianto ad altre persone	0	1	2	3	4
4. Ha difficoltà a comprendere ciò che dicono i medici e gli infermieri	0	1	2	3	4