

N° di identificazione: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Questionario sulla qualità della vita in età pediatrica

Version 4.0 - Italian

### VERSIONE PER IL BAMBINO/LA BAMBINA (5-7 anni)

Istruzioni per l'intervistatore:

***Sto per farti alcune domande su delle cose che potrebbero essere un problema per alcuni bambini. Vorrei sapere quanto quello che ti dico potrebbe essere un problema per te.***




Mostrì al bambino/alla bambina il foglio con le faccine e indichi le risposte mentre legge.

***Se quello che ti dico non è mai un problema per te, indica la faccina sorridente***

***Se quello che ti dico è qualche volta un problema per te, indica la faccina al centro***

***Se quello che ti dico è quasi sempre un problema per te, indica la faccina triste***

***Leggerò ogni domanda. Indica le faccine per mostrarmi quanto quello che ti dico è un problema per te. Prima facciamo una prova.***

	Mai	Qualche volta	Quasi sempre
<b>È difficile per te schiacciare le dita</b>			

Chieda al bambino/alla bambina di schiacciare le dita per capire se abbia risposto correttamente o meno alla domanda. Ripeta la domanda, nel caso in cui il bambino/la bambina dia una risposta diversa rispetto a quello che fa.

**Pensa a come sei stato/a in queste ultime settimane. Ascolta con attenzione ogni domanda e dimmi quanto quello che ti dico è un problema per te.**

Dopo aver letto la domanda, indichi il foglio con le faccine. Se il bambino/la bambina esita o sembra non aver capito come rispondere, legga le possibilità di risposta, mentre indica le faccine.

<b>SALUTE E ATTIVITÀ FISICHE (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. È difficile per te camminare?	0	2	4
2. È difficile per te correre?	0	2	4
3. È difficile per te fare sport o giocare?	0	2	4
4. È difficile per te sollevare cose grandi?	0	2	4
5. È difficile per te fare il bagno o la doccia?	0	2	4
6. È difficile per te fare lavoretti di casa (come raccogliere i tuoi giocattoli)?	0	2	4
7. Senti male o dolore? ( <i>Dove?</i> _____)	0	2	4
8. Ti senti mai troppo stanco/a per giocare?	0	2	4

**Ricorda, dimmi quanto questo è stato un problema per te in queste ultime settimane.**

<b>SALUTE EMOTIVA (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Sei spaventato/a?	0	2	4
2. Ti senti triste?	0	2	4
3. Sei arrabbiato/a?	0	2	4
4. Hai difficoltà ad addormentarti e/o a dormire?	0	2	4
5. Ti preoccupi per quello che ti potrà succedere?	0	2	4

<b>ATTIVITÀ CON GLI ALTRI (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. È difficile per te andare d'accordo con gli altri bambini/le altre bambine?	0	2	4
2. Gli altri bambini/le altre bambine dicono che non vogliono giocare con te?	0	2	4
3. Gli altri bambini/Le altre bambine ti prendono in giro?	0	2	4
4. Gli altri bambini/Le altre bambine fanno cose che tu non riesci a fare?	0	2	4
5. È difficile per te fare quello che fanno gli altri bambini/le altre bambine quando giochi con loro?	0	2	4

<b>ATTIVITÀ SCOLASTICHE (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. È difficile per te stare attento/a a scuola?	0	2	4
2. Dimentichi le cose?	0	2	4
3. È difficile seguire le attività in classe e finire i compiti a casa?	0	2	4
4. Stai a casa da scuola perché non ti senti bene?	0	2	4
5. Stai a casa da scuola perché devi andare dal dottore o in ospedale?	0	2	4

N° di identificazione: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Questionario sulla qualità della vita in età pediatrica

Version 4.0 - Italian

**VERSIONE PER I GENITORI dei BAMBINI/delle BAMBINE (5-7 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** se non è **mai** un problema
- 1** se non è **quasi mai** un problema
- 2** se è **qualche volta** un problema
- 3** se è **spesso** un problema
- 4** se 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 ...

<b>SALUTE E ATTIVITA' FISICHE (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
1. Camminare per più di 100 metri	0	1	2	3	4
2. Correre	0	1	2	3	4
3. Fare sport o attività fisica	0	1	2	3	4
4. Sollevare qualcosa di pesante	0	1	2	3	4
5. Fare il bagno o la doccia da solo/a	0	1	2	3	4
6. Fare lavoretti di casa, come 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

<b>STATI EMOTIVI (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
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. Preoccuparsi per il proprio futuro	0	1	2	3	4

<b>VITA SOCIALE (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
1. Andare d'accordo con gli altri bambini/le altre bambine	0	1	2	3	4
2. Gli altri bambini/le altre bambine non vogliono essere suoi amici/sue amiche	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

<b>ATTIVITÀ SCOLASTICHE (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
1. Stare attento/a in classe	0	1	2	3	4
2. Dimenticare le cose	0	1	2	3	4
3. Riuscire a seguire le attività in classe e a finire i compiti a casa regolarmente	0	1	2	3	4
4. Stare a casa da scuola perché non si sente bene	0	1	2	3	4
5. Stare a casa da scuola per andare dal dottore o in ospedale	0	1	2	3	4

N. Id. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# PedsQL<sup>TM</sup>

## Modulo trapianti

Versione 3.0

### VERSIONE PER IL BAMBINO/LA BAMBINA (5-7 anni)

Istruzioni per l'intervistatore:

***Sto per farti alcune domande su cose che potrebbero essere un problema per alcuni bambini. Vorrei sapere quanto quello che ti dico potrebbe essere un problema per te.***

Mostrare il foglio con le faccine e indicare le risposte mentre legge.

***Se quello che ti dico non è mai un problema per te, indica la faccina che ride***

***Se quello che ti dico qualche volta è un problema per te, indica la faccina al centro***

***Se quello che ti dico è quasi sempre un problema per te, indica la faccina triste***




























***Leggerò ogni domanda. Indica le faccine per mostrarmi quanto quello che ti dico è un problema per te. Prima facciamo una prova.***

	Per niente	A volte	Molto
<b>Per te è difficile schiacciare le dita</b>			

























Chieda al bambino/alla bambina di schiacciare le dita per capire se abbia risposto correttamente o meno alla domanda sia corretta. Ripeta la domanda, nel caso in cui il bambino/la bambina dia una risposta diversa rispetto a quello che fa.

***Pensa a come sei stato/ain queste ultime settimane. Ascolta ogni domanda con attenzione e dimmi quanto quello che ti dico è un problema per te.***

























Dopo aver letto la domanda, indichi il foglio con le faccine. Se il bambino/la bambina esita o sembra non aver capito come rispondere, legga le possibili risposte a mentre indicano le faccine.










<b>LE MEDICINE I</b>	<b>Per niente</b>	<b>A volte</b>	<b>Molto</b>
1. Le medicine ti fanno stare male			
2. Le medicine ti fanno arrabbiare			
3. Ti dimentichi di prendere le medicine			
4. Per te è difficile prendere le medicine			
5. Per te è difficile ingoiare le medicine			
6. Non ti piace il sapore delle medicine			
7. Non ti piace dover prendere continuamente le medicine			
8. Per te è difficile trovare il momento giusto per prendere le medicine			
9. ti arrabbiquando devi prendere le medicine			






















**Ricorda, dimmi quanto questo è stato un problema per te nelle ultime settimane.**

<b>LE MEDICINE II</b>	<b>Per niente</b>	<b>A volte</b>	<b>Molto</b>
1. Le medicine ti fanno gonfiare lo stomaco/la pancia			
2. Le medicine ti fanno gonfiare il viso			
3. Le medicine rovinano i denti			
4. Le medicine ti fanno aumentare di peso			
5. Le medicine ti fanno aumentare i peli			
6. Le medicine ti fanno gonfiare le gengive			
7. Le medicine non ti fanno crescere			
8. Le medicine ti fanno venire i brufoli			













**Pensa a come sei stato in queste ultime settimane. Ascolta ogni domanda con attenzione e dimmi quanto quello che ti dico è un problema per te.**










<b>TRAPIANTO E ALTREO</b>	<b>Per niente</b>	<b>A volte</b>	<b>Molto</b>
1. Le persone ti trattano diversamente perché sei stato/a sottoposto/a a trapianto			
2. Ti senti diverso dagli altri bambini della tua età perché sei stato/a sottoposto/a a trapianto			
3. I tuoi genitori non ti lasciano fare le cose che vuoi fare perché sei stato/a sottoposto/a a trapianto			
4. Sembra che le persone non capiscano cosa hai passato			
5. Ti senti escluso perché sei stato/a sottoposto/a a trapianto			
6. Per te è difficile parlare del trapianto con le persone			
7. I tuoi genitori ti assillano perché devi prendere le medicine			
8. I medici ti assillano perché devi prendere le medicine			













<b>DOLORI E FASTIDI</b>	<b>Per niente</b>	<b>A volte</b>	<b>Molto</b>
1. Mal di pancia			
2. Mal di testa			
3. Mal di schiena			

PREOCCUPAZIONI	Per niente	A volte	Molto
1. Ti preoccupi che le medicine possano farti male			
2. Ti chiedi se le medicine funzionano o no ?			
3. Ti preoccupi che ci sia qualcosa che non va quando non ti senti bene			
4. Ti preoccupi che il medico trovi qualcosa che non va			
5. Ti chiedi se il trapianto funziona o no ?			
6. Ti preoccupi di dover subire un altro trapianto			
7. Ti preoccupi di non poter più fare le cose che facevi prima a causa del trapianto			

***Pensa a come sei stato in queste ultime settimane. Ascolta ogni domanda con attenzione e dimmi quanto quello che ti dico è un problema per te.***

ANSIA RIGUARDO AL TRATTAMENTO	Per niente	A volte	Molto
1. Hai paura quando devi andare dal medico			
2. Hai paura quando devi andare in ospedale			
3. Hai paura quando devono farti una puntura (iniezioni, analisi del sangue, infusioni endovenose)			
4. Hai paura quando devono farti certi esami (biopsia)			

<b>IL MIO ASPETTO</b>	<b>Per niente</b>	<b>A volte</b>	<b>Molto</b>
1. Non ti piace che altre persone vedano le tue cicatrici			
2. Hai paura che le medicine cambino il tuo corpo			
3. Ti senti in imbarazzo quando altre persone vedono il tuo corpo			

<b>COMUNICAZIONE</b>	<b>Per niente</b>	<b>A volte</b>	<b>Molto</b>
1. Per te è difficile dire ai medici e agli infermieri come ti senti			
2. Per te è difficile fare domande ai medici e agli infermieri			
3. Per te è difficile parlare del trapianto ad altre persone			
4. Per te è difficile capire cosa ti dicono i medici e gli infermieri			

N.
Id. _____
Data: _____

# PedsQL<sup>TM</sup>

## Modulo trapianti

Versione 3.0

**VERSIONE PER I GENITORI dei BAMBINI/delle BAMBINE (5-7 anni )**

### 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...*

<b>LE MEDICINE I</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Le medicine gli/le fanno venire la nausea	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. Non vuole 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 ad integrare le medicine nelle attività quotidiane	0	1	2	3	4
9. Si arrabbia quando deve prendere le medicine	0	1	2	3	4

<b>LE MEDICINE II</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
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...*

<b>TRAPIANTO E ALTRO</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Le persone lo/la trattano diversamente a causa della sua malattia	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/a a causa delle suo trapianto	0	1	2	3	4
6. Ha difficoltà a parlare delle trapianto con le persone	0	1	2	3	4
7. I genitori lo/a assillano perché deve prendere le medicine	0	1	2	3	4
8. I medici lo/a assillano perché deve prendere le medicine	0	1	2	3	4

<b>DOLORI E FASTIDI</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
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

<b>PREOCCUPAZIONI</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
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 buona 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...*

<b>ANSIA RIGUARDO AL TRATTAMENTO (SI AGITA...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. <del>per</del> Perché deve andare dal medico	0	1	2	3	4
2. <u>A</u> 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

<b>ASPETTO FISICO PERCEPITO</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Non gli/le 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

<b>COMUNICAZIONE</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
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 parlare del 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