

N° di identificazione: \_\_\_\_\_

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

# PedsQL™

## Questionario sulla qualità della vita in età pediatrica

Version 4.0 - Italian

**VERSIONE PER GLI/LE ADOLESCENTI (13-18 anni)**

### ISTRUZIONI

Nella pagina che segue c'è una lista di cose che potrebbero essere un problema per te. Per favore, dicci **quanto** quello che ti dico è stato **un problema** per te 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 capisci una domanda, per favore chiedi aiuto.

In questo **ULTIMO MESE**, quanto è stato un **problema** per te ...

<b>LA MIA SALUTE E LE MIE ATTIVITÀ (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
1. Faccio fatica a camminare per più di 100 metri	0	1	2	3	4
2. Faccio fatica a correre	0	1	2	3	4
3. Faccio fatica a fare sport o attività fisica	0	1	2	3	4
4. Faccio fatica a sollevare qualcosa di pesante	0	1	2	3	4
5. Faccio fatica a fare il bagno o la doccia da solo/a	0	1	2	3	4
6. Faccio fatica a fare lavoretti di casa	0	1	2	3	4
7. Ho male o dolore	0	1	2	3	4
8. Mi sento stanco/a	0	1	2	3	4

<b>LE MIE EMOZIONI (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
1. Sono spaventato/a o impaurito/a	0	1	2	3	4
2. Mi sento triste	0	1	2	3	4
3. Sono arrabbiato/a	0	1	2	3	4
4. Ho difficoltà ad addormentarmi e/o a dormire	0	1	2	3	4
5. Mi preoccupo di quello che mi potrà succedere	0	1	2	3	4

<b>COME STO CON GLI ALTRI (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
1. Ho difficoltà ad andare d'accordo con gli altri ragazzi/le altre ragazze	0	1	2	3	4
2. Gli altri ragazzi/Le altre ragazze non vogliono essere miei amici/mie amiche	0	1	2	3	4
3. Gli altri ragazzi/Le altre ragazze mi prendono in giro	0	1	2	3	4
4. Non riesco a fare quello che sanno fare i ragazzi /le ragazze della mia età	0	1	2	3	4
5. Faccio fatica a fare quello che fanno i ragazzi /le ragazze della mia età	0	1	2	3	4

<b>LA SCUOLA (è un problema...)</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi Sempre</b>
1. È difficile stare attento/a in classe	0	1	2	3	4
2. Dimentico le cose	0	1	2	3	4
3. Ho difficoltà a seguire le lezioni in classe e a finire i compiti a casa regolarmente	0	1	2	3	4
4. Sto a casa da scuola perché non mi sento bene	0	1	2	3	4
5. Sto a casa da scuola per andare dal dottore o in ospedale	0	1	2	3	4

N° di identificazione: \_\_\_\_\_

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

# PedsQL™

## Questionario sulla qualità della vita in età pediatrica

Version 4.0 - Italian

**VERSIONE PER I GENITORI degli/delle ADOLESCENTI (13 - 18 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 dei lavoretti di casa	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 ragazzi/le altre ragazze	0	1	2	3	4
2. Gli altri ragazzi/Le altre ragazze non vogliono essere suoi amici/sue amiche	0	1	2	3	4
3. Essere preso/a in giro dagli altri ragazzi/dalle altre ragazze	0	1	2	3	4
4. Non riuscire a fare quello che sanno fare i ragazzi /le ragazze della sua età	0	1	2	3	4
5. Riuscire a far quello che fanno i ragazzi/le ragazze della sua età	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 lezioni 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 ADOLESCENTI (13-18 anni)**

### ISTRUZIONI

I ragazzi sottoposti a trapianto hanno a volte problemi particolari. Per favore, dicci **quanto** ciascuna di queste cose è stata un **problema** per **te** 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 capisci una domanda, chiedi aiuto.

In questo **ULTIMO MESE**, quanto è stato un **problema** per te ...

<b>LE MEDICINE I</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Le medicine mi fanno stare male	0	1	2	3	4
2. Le medicine mi fanno arrabbiare	0	1	2	3	4
3. Mi dimentico di prendere le medicine	0	1	2	3	4
4. Per me è difficile prendere le medicine	0	1	2	3	4
5. Per me è difficile ingoiare le medicine	0	1	2	3	4
6. Non mi piace il sapore delle medicine	0	1	2	3	4
7. Non mi piace dover prendere continuamente le medicine	0	1	2	3	4
8. Per me è difficile trovare il momento giusto per prendere le medicine	0	1	2	3	4
9. Mi arrabbio quando devo prendere le medicine	0	1	2	3	4

<b>LE MEDICINE II</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Le medicine mi fanno gonfiare lo stomaco/la pancia	0	1	2	3	4
2. Le medicine mi fanno gonfiare la faccia	0	1	2	3	4
3. Le medicine mi rovinano i denti	0	1	2	3	4
4. Le medicine mi fanno ingrassare	0	1	2	3	4
5. Le medicine mi fanno crescere i peli	0	1	2	3	4
6. Le medicine mi fanno gonfiare le gengive	0	1	2	3	4
7. Le medicine non mi fanno crescere	0	1	2	3	4
8. Le medicine mi fanno venire i brufoli	0	1	2	3	4

In questo **ULTIMO MESE**, quanto è stato un **problema** per te ...

<b>RIGUARDO AL TRAPIANTO E ALTRE COSE</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Le persone mi trattano diversamente perché sono stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
2. Mi sento diverso/a dagli altri ragazzi della mia età perché sono stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
3. I miei genitori non mi lasciano fare le cose che voglio perché sono stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
4. Sembra che le persone non capiscano cosa ho passato	0	1	2	3	4
5. Mi sento escluso/a perché sono stato/a sottoposto/a a trapianto	0	1	2	3	4
6. Per me è difficile parlare del trapianto con altre persone	0	1	2	3	4
7. I miei genitori mi assillano perché devo prendere le medicine	0	1	2	3	4
8. I medici mi assillano perché devo prendere le medicine	0	1	2	3	4

<b>RIGUARDO A DOLORI E FASTIDI (<i>problemi con...</i>)</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. Mi preoccupo che le medicine possano danneggiarmi	0	1	2	3	4
2. Mi chiedo se le medicine funzionano davvero	0	1	2	3	4
3. Mi preoccupo che ci sia qualcosa che non va quando non mi sento bene	0	1	2	3	4
4. Mi preoccupo che il medico trovi qualcosa che non va	0	1	2	3	4
5. Mi preoccupo se il trapianto sta andando bene	0	1	2	3	4
6. Mi preoccupo di dover subire un altro trapianto	0	1	2	3	4
7. Mi preoccupo di non poter più fare le cose che facevo prima a causa del trapianto	0	1	2	3	4

In questo **ULTIMO MESE**, quanto è stato un **problema** per te ...

<b>ANSIA RIGUARDO AL TRATTAMENTO</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Ho paura quando devo andare dal medico	0	1	2	3	4
2. Ho paura quando devo andare in ospedale	0	1	2	3	4
3. Ho paura quando devono farmi una puntura (iniezioni, analisi del sangue, infusioni endovenose)	0	1	2	3	4
4. Ho paura quando devono farmi certi esami (biopsia)	0	1	2	3	4

<b>IL MIO ASPETTO</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Non mi piace che le persone vedano le mie cicatrici	0	1	2	3	4
2. Mi preoccupo che le medicine modifichino il mio aspetto	0	1	2	3	4
3. Mi sento in imbarazzo quando le persone vedono il mio corpo	0	1	2	3	4

<b>COMUNICAZIONE</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Per me è difficile dire ai medici e agli infermieri come mi sento	0	1	2	3	4
2. Per me è difficile fare domande ai medici e agli infermieri	0	1	2	3	4
3. Per me è difficile parlare del trapianto ad altre persone	0	1	2	3	4
4. Per me è difficile capire cosa dicono i medici e gli infermieri	0	1	2	3	4

N.
Id. _____
Data: _____

# PedsQL<sup>TM</sup>

## Modulo trapianti

Versione 3.0

**VERSIONE PER I GENITORI degli/delle ADOLESCENTI (13-18 anni di età)**

### ISTRUZIONI

Gli adolescenti 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 lo/la fanno stare 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. 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. 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 ragazzi 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/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

<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 chiede se il trapianto ha funzionato	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</b>	<b>Mai</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Qualch e volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Quasi sempre</b>
1. Ha paura della visita dal medico	0	1	2	3	4
2. Ha paura della visita in ospedale	0	1	2	3	4
3. Ha paura delle punture (iniezioni, analisi del sangue, infusioni endovenose)	0	1	2	3	4
4. Ha paura 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>Qualch e 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>Qualch e 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