

MSIS-29 - Scala di valutazione sugli effetti della Sclerosi Multipla sulla qualità di vita

Le seguenti domande chiedono una opinione riguardo agli effetti della Sclerosi Multipla sulla qualità di vita quotidiana del paziente negli ultimi 14 giorni. Per ciascuna domanda, riportare o marcare il valore che descrive meglio la situazione. Rispondere a tutte le domande.

Codice Fiscale del Paziente	
Data di compilazione (gg/mm/aaaa)	

	Negli ultimi 14 giorni, quanto la Sclerosi Multipla ha limitato la sua capacità di:	Mai	Poco	Spesso	Molto	Sempre	
M_01	Fare attività fisicamente impegnative	1	2	3	4	5	
M_02	Stringere saldamente qualcosa (ad es. aprire/chudere i rubinetti)	1	2	3	4	5	
M_03	Portare qualcosa	1	2	3	4	5	

	Negli ultimi 14 giorni, quanto le hanno dato fastidio le seguenti cose?	Mai	Poco	Spesso	Molto	Sempre	
M_04	Problemi a stare in equilibrio	1	2	3	4	5	
M_05	Difficoltà a muoversi a casa	1	2	3	4	5	
M_06	Sentirsi impacciato/a nei movimenti	1	2	3	4	5	
M_07	Rigidità muscolare	1	2	3	4	5	
M_08	Braccia e/o gambe pesanti	1	2	3	4	5	
M_09	Tremore alle braccia e/o alle gambe	1	2	3	4	5	
M_10	Contrazioni involontarie ai muscoli delle braccia e/o delle gambe	1	2	3	4	5	
M_11	Mancanza di risposta del corpo ai suoi comandi	1	2	3	4	5	
M_12	Dover dipendere dagli altri per farsi fare certe cose	1	2	3	4	5	
M_13	Essere limitato nelle attività di svago e in quelle che fa in compagnia di altre persone a casa	1	2	3	4	5	
M_14	Essere bloccato/a in casa più di quanto vorrebbe esserlo	1	2	3	4	5	

	Negli ultimi 14 giorni, quanto le hanno dato fastidio le seguenti cose?	Mai	Poco	Spesso	Molto	Sempre	
M_15	Difficoltà ad usare le mani per fare le attività di tutti i giorni	1	2	3	4	5	
M_16	Dover ridurre il tempo che ha dedicato al lavoro o alle altre attività giornaliere	1	2	3	4	5	
M_17	Difficoltà ad usare i mezzi di trasporto (ad es. auto, bus, treno, taxi, ecc.)	1	2	3	4	5	
M_18	Impiegare più tempo per fare le cose	1	2	3	4	5	
M_19	Difficoltà a fare le cose senza programmarle (ad es. uscire all'improvviso)	1	2	3	4	5	
M_20	Avere bisogno urgente di andare in bagno per urinare	1	2	3	4	5	
M_21	Sentirsi poco bene	1	2	3	4	5	
M_22	Problemi di sonno	1	2	3	4	5	
M_23	Sentirsi mentalmente affaticato	1	2	3	4	5	
M_24	Preoccupazioni legate alla Sclerosi Multipla	1	2	3	4	5	
M_25	Sentirsi ansioso /a oppure teso/a	1	2	3	4	5	
M_26	Sentirsi irritabile, impaziente o arrabbiarsi facilmente	1	2	3	4	5	
M_27	Problemi di concentrazione	1	2	3	4	5	
M_28	Mancanza di fiducia in generale	1	2	3	4	5	
M_29	Sentirsi giù di morale	1	2	3	4	5	

Codice Fiscale del Paziente	
Data di compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore (nome e cognome)	
Contatti del compilatore	

fisiologico < 71
patologico > 70

0

Compilare il modulo secondo le linee guida contenute nel manuale scaricabile dal sito <https://www.tarcisioniglio.it> (vedi capitolo MATERIALI PER PROTOCOLLI -> MAM-SM ITA).

Se non state usando il software Adobe Acrobat Reader originale (scaricabile gratis da www.adobe.it), salvate il modulo compilato e speditelo come allegato di una e-mail all'indirizzo di posta elettronica epidati@tarcisioniglio.it .

Se avete problemi nel compilare i moduli potete scrivere all'indirizzo e-mail tarcisio.niglio@gmail.com per prenotare una videochiamata e compilare i moduli stessi insieme ad un medico.

NON modificate la struttura dei moduli. Potete soltanto cambiare il nome dei file. Ogni altra e qualsiasi modifica fatta nella struttura dei moduli potrebbe compromettere in modo irrimediabile il software. Se avete problemi o succedesse qualsiasi anomalia, scaricare di nuovo i moduli originali dal sito <https://www.tarcisioniglio.it> (capitolo MATERIALI PER PROTOCOLLI -> MAM-SM ITA). Non esitate a contattare l'autore del software nel caso di dubbi.

Qualsiasi osservazione, segnalazione, consiglio, suggerimento, ecc. potrà essere fatto mediante una e-mail a tarcisio.niglio@gmail.com che valuterà e apporterà le eventuali modifiche realizzabili.