

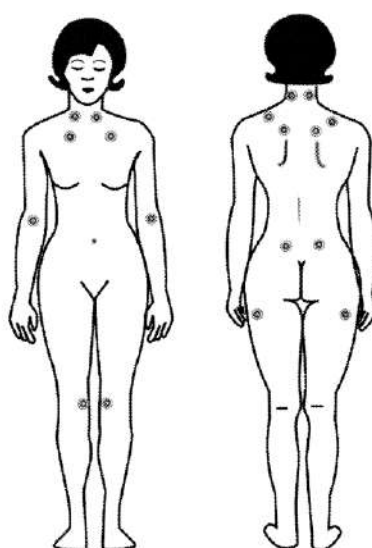
REGISTRO		DATA	
COGNOME		NOME	
DATA NASCITA		STATO CIVILE	
TITOLO STUDIO			
PESO		ALTEZZA	
fumo	alcol	abuso sost	

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO:

FAMILIARITA':

TERAPIA:

COMORBIDITA':



DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE

Come giudica la sua salute in generale in relazione ai problemi dovuti alla FIBROMIALGIA nel corso dell'ultima settimana?

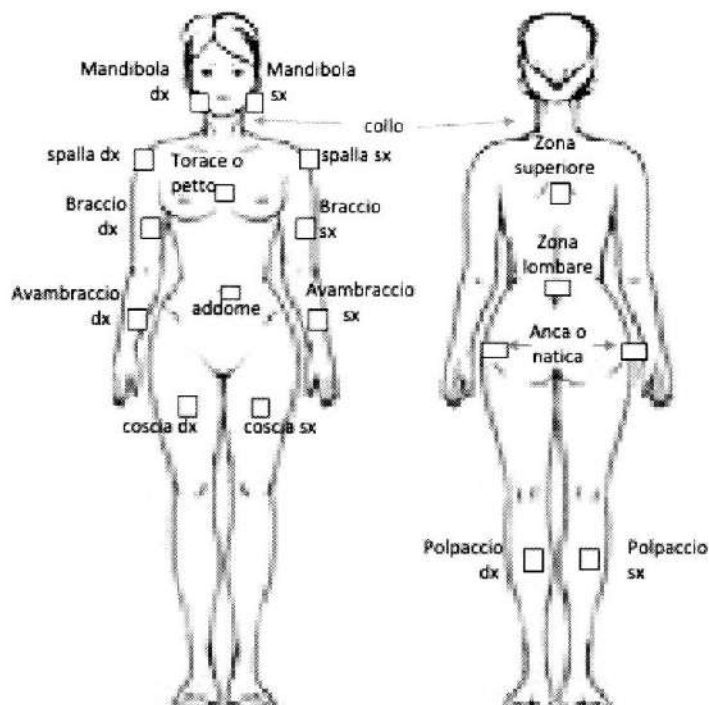
☐ molto buona ☐ buona ☐ passabile ☐ scadente ☐ molto scadente

Nell'ultima settimana considerando i problemi dovuti alla fibromialgia (DOLORE MUSCOLARE DIFFUSO, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' A DORMIRE ecc), ritiene soddisfacente il suo attuale stato di salute?

☐ sì ☐ no

Indice di Dolore Diffuso (WPI)

Indicare se si è provato dolore o indolenzimento **nel corso degli ultimi 7 giorni**, nelle zone riportate in figura: spuntare le caselle in corrispondenza di ogni zona interessata da dolore o indolenzimento.



Per ognuno dei sintomi elencati, esprimere la loro gravità **nel corso degli ultimi 7 giorni** utilizzando la scala riportata di seguito:

0 = Nessun problema

1 = Problema debole o lieve: generalmente lieve e intermittente

2 = Problema moderato: disturbo di considerevole entità: presente spesso e/o di grado moderato

3 = Problema grave: continuo, che ostacola la vita normale

	Nessun problema	Problema debole o lieve	Problema moderato	Problema grave
	0	1	2	3
A. Spossatezza	☐	☐	☐	☐
B. Difficoltà di concentrazione, perdita di memoria	☐	☐	☐	☐
C. Stanchezza al risveglio, sonno non rigenerante	☐	☐	☐	☐

Nel corso **degli ultimi 6 mesi** è mai stato avvertito uno dei seguenti sintomi?

A. Dolori o crampi al basso addome	No	Si
B. Depressione	No	Si
C. Mal di testa	No	Si

DOMINIO 1 – FUNZIONE FISICA

Per ognuna delle seguenti NOVE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, *nel corso dell'ultima settimana*, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: *(scegliere un solo numero)*.

1. SPAZZOLARE O PETTINARE I CAPELLI

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. CAMMINARE ININTERROTTAMENTE PER 20 MINUTI

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. PREPARARE I PASTI

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. PASSARE L'ASPIRAPOLVERE E LAVARE I PAVIMENTI

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. SOLLEVARE E PORTARE LE BORSE DELLA SPESA

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

6. SALIRE UN PIANO DI SCALE

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. CAMBIARE LE LENZUOLA DEL LETTO

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. STARE SEDUTO SU UNA SEDIA PER ALMENO 45 MINUTI

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

9. ANDARE A FARE LA SPESA

Nessuna difficoltà	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema difficoltà
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

DOMINIO 2 – STATO DI SALUTE GENERALE

Per ognuna delle seguenti DUE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, *nel corso dell'ultima settimana*, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: *(scegliere un solo numero)*.

10. LA FIBROMIALGIA MI HA IMPEDITO DI PORTARE A TERMINE I LAVORI/COMPITI DELLA SETTIMANA

Mai	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

11. SONO STATO/A COMPLETAMENTE SOPRAFFATTO/A DAI SINTOMI DELLA FIBROMIALGIA

Mai	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

DOMINIO 3 – SINTOMI

Per ognuna delle seguenti DIECI domande, segni la casella che meglio indica il grado di severità del sintomo da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, a causa della fibromialgia: *(scegliere un solo numero)*.

12. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORE

Nessun dolore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estremo dolore
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI STANCHEZZA

Nessuna stanchezza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema stanchezza
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI RIGIDITA'

Nessuna rigidità	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema rigidità
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. ASSEGNI UN PUNTEGGIO ALLA QUALITA' DEL SUO SONNO

Ben riposato/a al risveglio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estremamente stanco/a al risveglio
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO DI DEPRESSIONE

Per nulla depressa/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estremamente depressa/a
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI PROBLEMI DI MEMORIA

Buona memoria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Scarsissima memoria
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO DI ANSIÀ

Per nulla ansioso/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estremamente ansioso/a
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORABILITA' (dolore percepito al tatto)

Nessuna dolorabilità	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema dolorabilità
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI DISTURBI DI EQUILIBRIO

Nessun problema di equilibrio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Scarsissimo equilibrio
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL LIVELLO DELLE SUA SENSIBILITA' AI RUMORI, ALLE LUCI, AGLI ODORI ED AL FREDDO

Nessuna sensibilità	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrema sensibilità
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10