



FONDAZIONE NAZIONALE
GIGI GHIROTTI - ONLUS



FONDAZIONE ISAL

DARE VOCE A CHI CERCA SOLLIEVO
Osservatorio Permanente sul sollievo dal dolore
Scheda di rilevazione anonima

Data ___ ___ _____

1 Regione di residenza: _____

2 Sesso:

- 1 Maschio
2 Femmina

3. Età _____

4. Titolo di studio:

- 1 Nessuno
2 Elementari
3 Medie inferiori
4 Medie superiori
5 Università

5. È affetto/a da una patologia che le provoca dolore?

- 1 No
2 Sì

6. Provi a valutare quanto è intenso il dolore che sente in questo momento *Metta una crocetta su un numero compreso tra 0 (nessun dolore) e 10 (massimo dolore)*

| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

7. Da quando tempo dura il dolore che sente?

- 1 Da circa 1 settimana
2 Da circa 1 o 2 mesi
3 Da circa 3 o 6 mesi
4 Da circa più di 6 mesi fino a un anno
5 Da circa più di 1 anno fino a 5 anni
6 Da più di 5 anni

8. Ha parlato del dolore con il Suo medico di famiglia?

- 1 No
- 2 Sì

8.1 Se sì, le ha prescritto farmaci o trattamenti?

- 1 No
- 2 Sì

9. Il Suo medico di famiglia le ha prescritto una visita specialistica ad un Centro di Terapia del dolore?

- 1 No
- 2 Sì

10. Sa che dal 2010 in Italia esiste una legge per garantire l'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative?

- 1 No
- 2 Sì

11. Sa che questa legge obbliga le strutture sanitarie a misurare il dolore e ad annotarlo in cartella clinica insieme alla terapia prescritta e ai risultati ottenuti con quella terapia?

- 1 No, non lo so
- 2 Sì, lo so

12. Come considera i farmaci oppiacei (derivati dalla morfina)?

- 1 Non conosco tali farmaci
- 2 Sono utili solo per i pazienti in fin di vita
- 3 Sono utili per curare il molti tipi di dolore acuto o cronico
- 4 Altro (specificare) _____

13. Ha avuto necessità di accedere ad un centro o ambulatorio di terapia del dolore?

- 1 No
- 2 Sì, come paziente
- 3 Sì, come familiare del paziente

14. Se ha risposto sì alla domanda precedente, è soddisfatto dell'assistenza ricevuta?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

15. Sulla base della sua esperienza, consiglierebbe questo ambulatorio?

No	Sì	Non saprei
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

16. Ha avuto necessità di accedere ai servizi della rete di CURE PALLIATIVE?

- 1 No
- 2 Sì, come paziente
- 3 Sì, come familiare del paziente

17. Se ha risposto sì alla domanda precedente, è soddisfatto dell'assistenza domiciliare per Cure palliative ricevuta?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non ho ricevuto assistenza domiciliare	Non saprei
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

18. Se ha risposto sì alla domanda 16, è soddisfatto dell'assistenza residenziale per Cure palliative (hospice) ricevuta?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non ho ricevuto assistenza residenziale (hospice)	Non saprei
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

19. Chi ha compilato questa scheda?

- 1 Paziente stesso
- 2 Familiare
- 3 Operatore sanitario
- 4 Volontario
- 5 Amico/a
- 6 Studente/tirocinante
- 7 Altra persona (specificare) _____

20. In quale luogo le hanno consegnato questa scheda?

- 1 Ospedale (o policlinico)
- 2 Farmacia
- 3 Studio medico di medicina generale (medico di famiglia)
- 4 Centro di terapia del dolore
- 5 Hospice
- 6 Casa (Assistenza domiciliare)
- 7 Altro (specificare) _____

Grazie per la sua cortese disponibilità!