

QUESTIONARIO

Le domande che seguono fanno parte di una sperimentazione volta ad indagare la frequenza di problematiche psicologiche in pazienti che si rivolgono dal farmacista. Le risposte alle domande resteranno anonime, saranno usate solo per scopi di ricerca e quindi non saranno in nessun caso giudicate o diffuse (D.Lgs. n196/2003). Ricordi che non ci sono risposte giuste o sbagliate, pertanto, la preghiamo di rispondere sinceramente alle domande che seguono.

1. Sesso: 1. M 2. F **2. Et  (in anni compiuti):** _____

3. Stato civile:

- ☐ 1. Sposato/a
- ☐ 2. Single
- ☐ 3. Convivente
- ☐ 4. Vedovo/a
- ☐ 5. Divorziato/a o separato/a

4. Numero figli: _____

5. Pi  alto titolo di studio conseguito:

- ☐ 1. Licenza elementare
- ☐ 2. Licenza media
- ☐ 3. Diploma
- ☐ 4. Laurea
- ☐ 5. Altri titoli post laurea

6. Posizione lavorativa (specificare):

- ☐ 1. Impiego full time _____
- ☐ 2. Impiego part-time _____
- ☐ 3. Casalinga
- ☐ 4. Pensionato/a
- ☐ 5. In cerca di occupazione
- ☐ 6. In mobilit  lavorativa

7. Aspetti socio-assistenziali.

Lei percepisce: Invalidit  civile Accompagnamento   in corso la pratica c/o l'ASL
Lei usufruisce dei servizi territoriali? SI NO se s  quali? _____

8. Indichi la frequenza e/o l'intensit  dei sintomi avvertiti negli ultimi tre mesi:

	Raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di pancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori reumatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sensazione di stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inappetenza o aumento dell'appetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà di concentrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ha mai sentito il **BISOGNO** di rivolgersi ad uno psicologo? SI NO

12. E' mai **ANDATO** da uno psicologo? SI NO

Se si, per quale motivo? (descriva molto brevemente)

13. Ha mai preso **FARMACI** per problemi psicologici / psichiatrici (es. insonnia, nervosismo, tristezza, ansia, depressione ecc.) SI NO

Se si:

- per quale problema? _____
- come si chiama il farmaco? _____

14. Considera **UTILE** la presenza di uno psicologo nella farmacia?

☐ sì (per quale ragione?)

☐ no (per quale ragione?)

La ringrazio per la disponibilità e la collaborazione

Firma
Dott./dott.ssa

Le lascio di seguito alcune info utili:

Dott./dott.ssa _____

Numero di cell. _____

Indirizzo mail: _____