

Indice di Valutazione Funzionale

Questionario sul dolore e l'interferenza funzionale per valutare come il dolore influisce sulle attività quotidiane

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Istruzioni

Indice di Valutazione Funzionale

Per favore, valuta quanto il tuo dolore interferisce con le seguenti attività quotidiane. Seleziona l'opzione che meglio descrive il tuo attuale livello funzionale per ogni attività.

Intensità del Dolore

Valuta la tua intensità generale del dolore *

- ☐ Nessun dolore
- ☐ Lieve — occasionale, non richiede farmaci
- ☐ Moderato — frequente, richiede farmaci occasionali
- ☐ Grave — frequente, richiede farmaci regolari
- ☐ Molto grave — costante, i farmaci forniscono un sollievo limitato

Sonno

Quanto il dolore interferisce con il tuo sonno? *

- ☐ Nessuna difficoltà nel dormire
- ☐ Lieve difficoltà, occasionalmente perdo il sonno
- ☐ Difficoltà moderata, il sonno è frequentemente disturbato
- ☐ Grande difficoltà, dormo meno di 4 ore per notte
- ☐ Completamente incapace di dormire a causa del dolore

Cura Personale

Quanto il dolore interferisce con la cura personale (lavarsi, vestirsi)? *

- ☐ Nessuna difficoltà con la cura personale
- ☐ Lieve difficoltà, riesco a gestirmi indipendentemente
- ☐ Difficoltà moderata, lento e cauto nei compiti
- ☐ Ho bisogno di aiuto con la cura quotidiana
- ☐ Completamente dipendente da altri per la cura personale

Viaggi e Trasporto

Quanto il dolore interferisce con i viaggi (guida, spostamenti)? *

- ☐ Nessuna difficoltà con i viaggi
- ☐ Lieve disagio durante i viaggi più lunghi
- ☐ Difficoltà moderata, limita i viaggi a distanze più brevi
- ☐ Riesco a viaggiare solo brevi distanze con dolore significativo
- ☐ Completamente incapace di viaggiare a causa del dolore

Lavoro e Attività Quotidiane

Quanto il dolore interferisce con il tuo lavoro o le attività quotidiane? *

- ☐ Nessuna interferenza con il lavoro/attività
- ☐ Riesco a fare il solito lavoro con un po' di dolore in più
- ☐ Riesco a fare la maggior parte del lavoro, ma limitato nei compiti più pesanti
- ☐ Riesco a svolgere solo compiti leggeri
- ☐ Completamente incapace di lavorare o svolgere attività quotidiane

Ricreazione e Attività Sociali

Quanto il dolore interferisce con la ricreazione e le attività sociali? *

- ☐ Nessuna interferenza
- ☐ Lieve limitazione su attività più energiche
- ☐ Limitazione moderata, riesco a svolgere alcune attività
- ☐ Limitazione grave, molto poche attività possibili
- ☐ Completamente incapace di partecipare a qualsiasi attività ricreativa

Sollevamento e Flessione

Quanto il dolore interferisce con il sollevamento o la flessione? *

- ☐ Riesco a sollevare e flettere senza dolore in più
- ☐ Riesco a sollevare e flettere con un po' di dolore in più
- ☐ Il dolore impedisce il sollevamento di oggetti pesanti da terra
- ☐ Il dolore impedisce il sollevamento di qualsiasi cosa al di là di oggetti leggeri
- ☐ Completamente incapace di sollevare o flettere

Commenti Aggiuntivi

C'è qualcos'altro che vorresti che il tuo provider sapesse su come il dolore influisce sulla tua vita quotidiana?

Consenso e Firma

Confermo che le risposte di cui sopra riflettono accuratamente i miei attuali livelli di dolore e limitazioni funzionali.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni di cui sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.