



[www.aofeclinics.nl/it](http://www.aofeclinics.nl/it)

# Questionario

Protesi a Scatto QTFA/AQLP

Nome

Sesso

Cognome

Data di nascita

# Questionario

## Protesi a Scatto QTFA/AQLP

### Punteggio di utilizzo della protesi

In media, quanti giorni alla settimana indossa la protesi?

Quante ore al giorno indossa in media la protesi?

### Punteggio di mobilità con la protesi

Quale ausilio per la deambulazione utilizza solitamente quando cammina in casa indossando la protesi?

Quale ausilio per la deambulazione utilizza solitamente quando cammina all'aperto indossando la protesi?

**Può svolgere le seguenti attività mentre indossa la protesi, eventualmente con l'ausilio di un supporto per la deambulazione? Se non lo sa, può provare ora.**

	SI	No	Non provato
Salire e scendere le scale senza corrimano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correre in salita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare in discesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare su terreni irregolari, sentieri boschivi o campi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare velocemente per una distanza di 50 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare trasportando una borsa della spesa o una piccola valigia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stare in piedi per 10-15 minuti senza supporto e senza dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare in una stanza trasportando qualcosa con entrambe le mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedersi comodamente su una sedia bassa o sul sedile posteriore di un'auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piegarsi in avanti da seduti per allacciarsi le scarpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedersi facilmente a terra e rialzarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andare in bicicletta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Questionario Protesi a Scatto QTFA/AQLP

Negli ultimi tre mesi, con quale frequenza ha utilizzato la protesi per camminare le distanze elencate di seguito senza interruzione? (una risposta per ogni distanza)

	Ogni giorno	Più volte a settimana	Una volta a settimana	Meno di una volta a settimana	Mai
50 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
500 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 chilometri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 chilometri o più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Punteggio dei problemi

Ha avuto fastidio da uno o più dei seguenti problemi nelle ultime quattro settimane?

Può indicare quanto fastidio ha avuto e quanto questo ha influito sulla sua qualità della vita? Per ogni problema nell'elenco, assegni un punteggio da 0 a 4 sia per la gravità del problema che per l'impatto sulla qualità della vita.

Inserisca i seguenti valori nei campi di risposta:

**0 = Nessun problema 1 = Lieve 2 = Moderato 3 = Molto 4 = Grave**

	Problema	Influenza sulla qualità della vita
Ha avuto dolori fantasma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto dolore al moncone senza indossare la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto mal di schiena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto dolore alla spalla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto dolore all'altra gamba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aspetto del moncone le ha causato disagio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto difficoltà a raggiungere altre persone senza la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto difficoltà nell'utilizzo dei trasporti pubblici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto difficoltà a visitare luoghi pubblici come cinema o musei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Questionario

## Protesi a Scatto QTFA/AQLP

Inserisca i seguenti valori nei campi di risposta:

**0 = Nessun problema 1 = Lieve 2 = Moderato 3 = Molto 4 = Grave**

	Problema	Influenza sulla qualità della vita
Ha avuto difficoltà ad avere le mani occupate mentre camminava con un ausilio per la deambulazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto dolore al moncone mentre stava in piedi o camminava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto difficoltà a indossare o togliere la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le è mai capitato di non poter contare su un corretto fissaggio della protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato infastidito dai rumori della protesi/click della protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La protesi ha reso scomodo stare seduti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La protesi ha reso difficile sedersi sul WC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La protesi ha causato vesciche, sfregamenti o irritazioni cutanee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto difficoltà a mantenere il moncone igienicamente pulito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sua protesi ha causato usura o danni ai vestiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto difficoltà a controllare o guidare la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare velocemente è mai stato un problema per lei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare nei boschi o su un campo è mai stato un problema per lei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi con il suo modo di camminare (zoppicare, instabilità)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto difficoltà a percepire il tipo di superficie su cui si trovava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il suo moncone si affatica mentre cammina con la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Questionario Protesi a Scatto QTFA/AQLP

Inserisca i seguenti valori nei campi di risposta:

**0 = Nessun problema 1 = Lieve 2 = Moderato 3 = Molto 4 = Grave**

	Problema	Influenza sulla qualità della vita
È stato infastidito dal fatto che la protesi le sembrava pesante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È mai stato costretto a non utilizzare affatto la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto problemi con l'aspetto estetico della protesi (colore, forma, materiale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DiDurante l'estate, ha sofferto di un moncone troppo caldo e sudato mentre indossava la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante l'inverno, ha sofferto di un moncone freddo mentre indossava la protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Punteggio globale

Come descriverebbe il suo livello di funzionalità con l'attuale protesi?

Come descriverebbe i problemi che sta riscontrando con l'attuale protesi?

Come descriverebbe la sua condizione generale come amputato/a?

## AQLP (Domande aggiuntive al questionario QTFA)

Qual è la distanza più lunga che ha percorso in modo continuativo con la protesi nell'ultimo mese, senza fare pause?

# Questionario

## Protesi a Scatto QTFA/AQLP

Per favore, risponda a ogni domanda indicando in che misura questo problema influisce mediamente sulla sua qualità della vita.

	Nessuna riduzione	Riduzione lieve	Riduzione moderata	Forte riduzione	Riduzione molto forte
Dolore al moncone causato dalla protesi mentre si sta in piedi o si cammina	<input type="checkbox"/>				
Problemi nell'indossare o togliere la protesi	<input type="checkbox"/>				
Distacco imprevisto della protesi, ad esempio durante la camminata o mentre si è seduti	<input type="checkbox"/>				
Comfort ridotto nello stare seduti con la protesi	<input type="checkbox"/>				
Problemi della pelle del moncone causati dalla protesi	<input type="checkbox"/>				
Problemi con il funzionamento generale della mia protesi	<input type="checkbox"/>				
Problemi nell'uso della protesi dovuti al caldo	<input type="checkbox"/>				
Cadute causate dalla protesi	<input type="checkbox"/>				
Difficoltà nel salire o scendere le scale con la protesi	<input type="checkbox"/>				
Difficoltà nel salire o scendere un pendio con la protesi	<input type="checkbox"/>				