

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

Gentile Signore/Signora,

Le saremo grati se Lei partecipasse al nostro sondaggio sul benessere post-operatorio dei pazienti. Lo scopo del sondaggio è il miglioramento della gestione del dolore post-operatorio in questo reparto.

La Sua partecipazione è volontaria. Al termine della compilazione e consegna del presente questionario, le informazioni raccolte resteranno anonime. Ciò significa che sia il Suo nome sia altre forme di identificazione saranno cancellati dal questionario dopo la consegna del medesimo, e non saranno inclusi in nessuno dei nostri archivi.

Le Sue risposte non saranno condivise con la Sua equipe medica o infermieristica.

La Sua equipe la tratterà con lo stesso riguardo, sia che Lei decida di partecipare allo studio, sia che decida di non parteciparvi.

Grazie per aver preso in considerazione la Sua partecipazione a questo sondaggio.

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

Queste domande si riferiscono al dolore che Lei ha provato dopo il Suo intervento chirurgico.

P1. Su questa scala indichi il **dolore massimo** che ha avuto dopo il Suo intervento chirurgico:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nessun dolore					peggior dolore possibile					

P2. Su questa scala indichi il **dolore minimo** che ha avuto dopo il Suo intervento chirurgico:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nessun dolore					peggior dolore possibile					

P3. Quante volte ha provato **dolore forte** dopo il Suo intervento chirurgico?
Contrassegni con un cerchio la percentuale del periodo di tempo nel corso del quale ha provato il **dolore più forte**:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
mai avuto dolore forte					sempre con forte dolore					

P4. Contrassegni con un cerchio il numero che meglio descrive quanto il dolore, dopo il Suo intervento chirurgico, **abbia interferito con o le abbia impedito di ...**

a. svolgere **attività a letto** come girarsi, sedersi, cambiare posizione:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
non ha interferito					ha interferito completamente					

b. **respirare profondamente** o **tossire**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
non ha interferito					ha interferito completamente					

c. **dormire**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
non ha interferito					ha interferito completamente					

d. si è **alzato/a dal letto** dopo il Suo intervento chirurgico?

☐ Sì ☐ No

Se "Sì", in quale misura **il dolore ha interferito con, o Le ha impedito di svolgere, eventuali attività fuori dal letto**, come camminare, sedere su una sedia o stare in piedi presso il lavabo:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
non ha interferito					ha interferito completamente					

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

P5. Il dolore può influenzare il nostro umore o le nostre emozioni.
Su questa scala, contrassegni con un cerchio il numero che meglio indica **quanto il dolore**, dopo il Suo intervento chirurgico, **l'ha fatta sentire** ...

a. **ansioso/a**

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

niente affatto estremamente

b. **scoraggiato/a**

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

niente affatto estremamente

P6. Ha avuto uno di questi **effetti collaterali** dopo il Suo intervento chirurgico?
Contrassegni con un cerchio il numero "0" se non ne ha avuti; se "si", contrassegni con un cerchio il numero che meglio indica la gravità di ciascuno:

a. **Nausea**

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

niente grave

b. **Sonnolenza**

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

niente grave

c. **Prurito**

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

niente grave

d. **Vertigini**

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

niente grave

P7. Quanto **solievo** ha ricevuto dal trattamento analgesico combinato (terapia farmacologia e non farmacologica) assunto dopo il Suo intervento chirurgico?
Contrassegni con un cerchio la percentuale.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

nessun sollievo sollievo totale

P8. Avrebbe desiderato un **trattamento analgesico più esteso** di quello ricevuto?

☐ Si ☐ No

P9. Ha ricevuto **informazioni** sulle opzioni per il Suo **trattamento antidolorifico**?

☐ Si ☐ No

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

P10. È stato/a **coinvolto/a nelle decisioni** riguardo la **terapia antidolorifica** come da Sue aspettative?

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

per niente

molto

P11. Contrassegni con un cerchio il numero che meglio indica la Sua **soddisfazione** per i risultati della **terapia antidolorifica** dopo il Suo intervento chirurgico::

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

**completamente
insoddisfatto/a**

**completamente
soddisfatto/a**

P12. Ha usato o Le sono stati praticati dei **metodi non farmacologici** per dare sollievo al **dolore**?

☐ Si ☐ No

Se "Sì", **indichi tutti** quelli applicabili:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> impacchi di ghiaccio | <input type="checkbox"/> meditazione | <input type="checkbox"/> respiro profondo |
| <input type="checkbox"/> calore | <input type="checkbox"/> agopuntura | <input type="checkbox"/> preghiera |
| <input type="checkbox"/> colloqui con il personale medico | <input type="checkbox"/> camminare | <input type="checkbox"/> massaggio |
| <input type="checkbox"/> colloqui con amici o parenti | <input type="checkbox"/> rilassamento | <input type="checkbox"/> immagini o visualizzazione |
| <input type="checkbox"/> stimolazione elettrica transcutanea dei nervi (TENS) | | |
| <input type="checkbox"/> distrazioni (come guardare la TV, ascoltare musica, leggere) | | |
| <input type="checkbox"/> altro (descrivere): <input type="text"/> | | |

P13. Ha sofferto **per almeno tre mesi di dolore persistente** prima di essere ricoverato in ospedale per questo intervento?

☐ Si ☐ No

a. Se "Sì", **quanto era forte il dolore** per la maggior parte del tempo?

Indichi con un cerchio il numero che più si avvicina alla Sua esperienza.

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

nessun dolore

peggior dolore possibile

b. Se "Sì", **in quale punto** provava questo **dolore persistente**?

☐ nel punto dell'intervento ☐ in un altro punto ☐ Entrambi (punto dell'intervento e altri punti)

Grazie per il tempo che ci ha dedicato e per le informazioni fornite

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Too ill / weak | <input type="checkbox"/> Too much pain | <input type="checkbox"/> Requested assistance | <input type="checkbox"/> Did not understand scales |
| <input type="checkbox"/> Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc) | | | |