# **Immagine che contiene testo Descrizione generata automaticamente**

# **Questionario SIUD/Niguarda per pazienti neurourologici in follow-up**

## SEZIONE COVID-19

1. **Comune, provincia e regione dove ha risieduto durante fase di emergenza COVID-19:**
2. **Ha effettuato tampone e/o test sierologico (prelievo del sangue) per COVID-19?**
   * Sì, il risultato è stato positivo e sono stato ricoverato
   * Si, il risultato è stato positivo e ho fatto quarantena a domicilio fino a negativizzazione del tampone
   * Sì, il risultato è stato negativo
   * Sì, ma non conosco il risultato
   * No
3. **Data di eventuale ultimo tampone e/o test sierologico positivo al COVID-19: / /**
4. **Per quanto ne sappia, è entrato in stretto contatto con casi sospetti e/o accertati di COVID-19 negli ultimi 15 giorni?**
   * Sì
   * No
5. **Se negli ultimi 15 giorni ha effettuato viaggi, indicare destinazione:**
6. **Ha avuto uno dei seguenti segni e/o sintomi nell'ultimo mese?**
   * Temperatura corporea > 37.5°C
   * Tosse secca e/o produttiva
   * Mal di gola
   * Raffreddore

o Alterazione del senso del gusto e/o dell’olfatto

* + Difficoltà respiratoria (mancanza di fiato a riposo)
  + Disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito)
  + Dolori a muscoli, ossa, articolazioni
  + Congiuntivite (occhi rossi)
  + Altro:

1. **Come vorrebbe che venisse svolta la sua visita di follow-up considerati i rischi di contagio in ambito ospedaliero?** 
   * Preferisco comunque una visita faccia a faccia venendo in ambulatorio
   * Contatto telefonico

* Teleconsulenza
* Email

Altro:

## SEZIONE GENERALE

## Malattia neurologica di base:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Da ultima visita ha presentato altre malattie e/o condizioni da segnalare?**

**Se si quali?**

* + Altri problemi neurologici (indicare quali es. epilessia, riacutizzazione in sclerosi multipla, peggioramento spasticità, dolore neuropatico)
  + Aumento del peso corporeo
  + Malattie metaboliche (es. diabete mellito, gotta)
  + Malattie del cuore (es. scompenso cardiaco, pregresso infarto, fibrillazione atriale)
  + Malattie polmonari (es. asma, apnee notturne, bronchite cronica)
  + Malattie del sistema immunitario (es. artrite reumatoide, psoriasi, infezione da HIV)
  + Malattie renali (es. insufficienza renale, necessità di dialisi)
  + Malattie epatiche (es. cirrosi epatica, epatite virale)
  + Malattie oncologiche
  + Trapianto
  + Gravidanza in atto

## Altro:

## Da ultima visita hai cambiato terapia per qualsiasi motivo (es. iniziato nuovi farmaci, cambiato dosaggio di farmaci già in uso). Se si quali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Sono comparsi nuovi dolori/bruciori? Se si, dove?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Episodi di disreflessia autonomica (mal di testa pulsante, aumento della pressione arteriosa, sudorazione, arrossamento della pelle, erezione dei peli con effetto pelle d'oca, riduzione della frequenza cardiaca) in relazione ad eventi particolari?**
3. **Ha lesioni cutanee/piaghe da decubito?**
4. **Monitorizza periodicamente la sua pressione arteriosa? Se si, quali sono i suoi valori abituali?**
5. **Motivo della visita in programma presso il nostro ambulatorio:**
6. **Come si sente rispetto ad ultima visita da 1 a 7?** (1: estremamente migliorato, 2 molto migliorato, 3 lievemente migliorato, 4 nessun cambiamento, 5 lievemente peggiorato, 6 molto peggiorato, 7 estremamente peggiorato)

## SEZIONE DISTURBI URINARI

1. **Come gestisce attualmente la sua vescica?**
   * Non è cambiato niente
   * Ho aumentato il numero di cateterismi intermittenti
   * Ho incontinenza urinaria (peggiorata o di nuova insorgenza)
   * Ho ridotto e/o sospeso i cateterismi intermittenti
   * Ho dovuto posizionare catetere a permanenza
   * Ho aumentato il dosaggio dei farmaci per la vescica (es. ossibutinina)
2. **Se periodicamente trattato con infiltrazioni di tossina botulinica specificare data di ultimo trattatamento e durata media di efficacia in mesi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Ha avuto uno dei seguenti segni e/o sintomi dall'ultima visita di controllo?**
   * Sangue nelle urine
   * Difficoltà durante introduzione/rimozione del catetere vescicale
   * Aumento spasmi muscolari
   * Malessere generale e/o stanchezza profonda
   * Pus nelle urine
   * Urine torbide e/o maleodoranti
   * Fastidio e/o dolore a livello di reni e vescica
   * Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Dall’ultima visita quante volte ha avuto necessità di assumere antibiotici nel sospetto o per documentata infezione urinaria?**
   1. Mai
   2. Una volta in 6 mesi
   3. Una volta in tre mesi
   4. Quasi ogni mese
5. **Con quale frequenza le capita di perdere le urine?**
   * Mai
   * Circa una volta a settimana o meno
   * Due o tre volte a settimana
   * Circa una volta al giorno
   * Più volte al giorno
   * Sempre
6. **Nel complesso le perdite di urina quanto influiscono negativamente nella sua vita?**

Per niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Moltissimo

## SEZIONE DISTURBI INTESTINALI

1. **Ha cambiato la gestione intestinale?**

Se si come?

* + Cambi specifici nello stile di vita (dieta ricca di fibre e acqua, esercizio fisico)
  + Ho aumentato la frequenza irrigazioni transanali
  + Ho aggiunto/aumentato in terapia farmaci la stitichezza, supposte e/o clisteri (*se si quali*\_\_\_)
  + Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Qual è la frequenza delle sue evacuazioni?**
   * Ogni giorno
   * 1-6 volte a settimana
   * Meno di una volta a settimana
2. **Quanto tempo trascorre ad ogni evacuazione?**
   * Meno di 30 minuti
   * 31-60 minuti
   * Più di un’ora
3. **Come valuterebbe il suo livello di soddisfazione con le sue funzioni intestinali nelle ultime 4 settimane?**
   * Buona
   * Adeguata/Accettabile
   * Bassa
   * Molto bassa
4. **Con quale frequenza le capita di avere incontinenza fecale?**
   * Ogni giorno
   * 1-6 volte a settimana
   * 1-4 volte al mese
   * Qualche volta all'anno
   * Mai
5. **Ha mai avuto uno di questi sintomi dall'ultimo consulto medico avuto riguardo ai suoi problemi intestinali?**

o Dolore intenso a livello di addome e/o retto

o Nuovo o aumentato sanguinamento dall'ano

* + Ricovero ospedaliero per problemi intestinali
  + Riduzione dell'indipendenza per motivi legati alle cure intestinali
  + Nessuno dei problemi elencati

1. **Eventuali ulteriori informazioni e/o commenti sui propri disturbi intestinali:**

## SEZIONE STATO PSICOLOGICO

1. **La paura di contagio Covid-19 ha cambiato i suoi comportamenti abituali nella gestione vescicale e/o intestinale?**

* Molto d’accordo
* Abbastanza d’accordo
* D’accordo
* Poco d’accordo
* Per niente d’accordo

1. **Le misure di contenimento Covid-19 hanno inciso negativamente sulla cura della sua condizione di base?**

* Molto d’accordo
* Abbastanza d’accordo
* D’accordo
* Poco d’accordo
* Per niente d’accordo

1. **Pensa che la struttura sanitaria di riferimento sia in questo momento meno attenta e/o disponibile a prendersi cura delle sue problematiche?**

* Molto d’accordo
* Abbastanza d’accordo
* D’accordo
* Poco d’accordo
* Per niente d’accordo

**CONCLUSIONI**

**Il contenuto del questionario rispetta secondo la sua opinione le problematiche legate al suo stato di salute?**

* + Molto d’accordo
  + D’accordo
  + Indeciso
  + Disaccordo
  + Per niente d’accordo

**Qualora se ne ripresentasse la necessità, si renderebbe disponibile per ripetere il questionario a prossime visite?**

* Molto d’accordo
* D’accordo
* Indeciso
* Disaccordo
* Per niente d’accordo

**Note/osservazioni/critiche per il miglioramento delle domande da porre durante intervista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**