

# FertiQoL International

## Questionario sulla qualità della vita prendendo in considerazione la fertilità (Fertility Quality of Life Questionnaire) (2008)

Per ogni domanda spunti la casella per la risposta che riflette più accuratamente il modo in cui Lei pensa e percepisce le cose. Si prega di relazionare le risposte ai Suoi pensieri e sentimenti attuali; alcune domande potrebbero riferirsi alla Sua vita privata, ma sono necessarie per misurare in modo adeguato tutti gli aspetti della Sua vita.

**Completi le voci contrassegnate con un asterisco (\*) soltanto se ha un partner.**

Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Molto scadente	Scadente	Nè buono nè cattivo	Buono	Molto buono
A	Come considera il Suo stato di salute?	<input type="checkbox"/>				
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Poco soddisfatta	Insoddisfatta	Indifferente	Soddisfatta	Molto soddisfatta
B	È soddisfatta della qualità della Sua vita?	<input type="checkbox"/>				
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Completamente	Parecchio	Moderata-mente	Non molto	Affatto
Q1	La Sua attenzione e concentrazione sono compromesse perché pensa all'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q2	Crede che non potrà perseguire gli altri obiettivi e programmi di vita a causa del problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q3	Si sente spossata o sfinita dal problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q4	Si sente in grado di affrontare il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Poco soddisfatta	Insoddisfatta	Indifferente	Soddisfatta	Molto soddisfatta
Q5	È soddisfatta con il supporto che riceve dagli amici per quanto riguarda il Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
*Q6	È soddisfatta delle Sue relazioni sessuali anche se ha il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Sempre	Molto spesso	Abbastanza spesso	Raramente	Mai
Q7	Il Suo problema dell'infertilità Le provoca sentimenti di gelosia e risentimento?	<input type="checkbox"/>				
Q8	Prova sentimenti di pena e/o perdita per il fatto di non essere in grado di avere un bambino (o più bambini)?	<input type="checkbox"/>				
Q9	Passa da sentimenti di speranza a quelli di disperazione a causa del problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q10	Si sente socialmente isolata a causa del problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
*Q11	Esistono ancora sentimenti tra Lei e il Suo partner anche se avete il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q12	Il Suo problema dell'infertilità interferisce con il lavoro o gli obblighi di tutti i giorni?	<input type="checkbox"/>				
Q13	Si sente a disagio quando si trova in situazioni sociali come vacanze e celebrazioni a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q14	Crede che la Sua famiglia sia in grado di rendersi conto di cosa Lei stia sperimentando in questo momento?	<input type="checkbox"/>				
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Moltissimo	Molto	Moderata-mente	Poco	Per niente
*Q15	Il Suo problema dell'infertilità ha rafforzato il sentimento che prova verso il Suo partner?	<input type="checkbox"/>				
Q16	Si sente triste e depressa a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q17	Il Suo problema dell'infertilità la fa sentire inferiore alle persone che hanno bambini?	<input type="checkbox"/>				
Q18	Si sente spesso stanca a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
*Q19	Il Suo problema dell'infertilità ha avuto un impatto negativo sulla Sua relazione?	<input type="checkbox"/>				
*Q20	Trova difficile parlare al Suo partner dei Suoi sentimenti concernenti il Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
*Q21	È contenta delle relazioni che ha con il Suo partner anche se ha il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q22	Si sente sotto pressione dal punto di vista sociale ad avere un bambino (o più bambini)?	<input type="checkbox"/>				
Q23	Si sente adirata a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				
Q24	Sente dolore e sofferenza fisica a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				

# FertiQoL International

## Modulo di trattamento opzionale

Ha iniziato la terapia per l'infertilità (compresa qualsiasi consultazione o intervento medico)? In caso positivo, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande. Per ogni domanda spunti la casella per la risposta che riflette più accuratamente il modo in cui Lei pensa e percepisce le cose. Si prega di relazionare le risposte ai Suoi pensieri e sentimenti attuali; alcune domande potrebbero riferirsi alla Sua vita privata, ma sono necessarie per misurare in modo adeguato tutti gli aspetti della Sua vita.

Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Sempre	Molto spesso	Abbastanza spesso	Raramente	Mai
T1	La terapia per la Sua infertilità ha un effetto negativo sul Suo stato d'animo?	<input type="checkbox"/>				
T2	I servizi sanitari che Lei desidererebbe Le sono disponibili?	<input type="checkbox"/>				

Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Moltissimo	Molto	Moderatamente	Poco	Per niente
T3	Quanto complesse sono le procedure e/o la somministrazione dei farmaci necessari per le cure della Sua infertilità?	<input type="checkbox"/>				
T4	È preoccupata per l'effetto che la terapia avrà sulle attività giornaliere o pertinenti al lavoro?	<input type="checkbox"/>				
T5	Crede che il personale sanitario si renda conto di quello che Lei sta sperimentando al momento?	<input type="checkbox"/>				
T6	E' preoccupata per gli effetti fisici collaterali dei farmaci e per le cure per l'infertilità?	<input type="checkbox"/>				

Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Poco soddisfatta	Insoddisfatta	Indifferente	Soddisfatta	Molto soddisfatta
T7	È soddisfatta con la qualità dei servizi disponibili nel senso che prendono in considerazione le Sue necessità emotive?	<input type="checkbox"/>				
T8	Qual è il Suo grado di soddisfazione con l'intervento e/o la terapia ricevuta?	<input type="checkbox"/>				
T9	Come considera la qualità delle informazioni ricevute sui farmaci, interventi e/o altre cure?	<input type="checkbox"/>				
T10	È soddisfatta del modo in cui interagisce con il personale sanitario che lavora nel settore dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>				