

Data: |__|__| |__|__| 2015
GG MM

STUDIO EUROPEO SULLA SCLEROSI MULTIPLA

Questionario per le persone con SM

Grazie per il tempo che dedicherà alla compilazione di questo questionario!

Nel rispondere alle domande, tenga presente che il periodo di tempo al quale si riferisce la domanda può variare. La maggior parte delle domande si riferiscono a informazioni riguardanti gli ultimi tre mesi, alcune domande (es. l'uso di farmaci) fanno riferimento al mese scorso, mentre altre (es. adattamenti e modifiche casa o auto) si riferiscono all'anno precedente.

La preghiamo di indicare solo i dati che fanno riferimento alla sua situazione con la sclerosi multipla. Per esempio, se è stato/a visitato/a da un medico o ha assunto farmaci a causa di un'altra malattia (es. un raffreddore), non includa questa visita/farmaco. È molto importante che rispetti questa regola!

Tutte le informazioni contenute nel questionario sono rigorosamente riservate e anonime. Le informazioni da Lei fornite saranno unite con quelle di un grande numero di altri intervistati) e utilizzate per realizzare una relazione scientifica. Non sarà quindi possibile risalire alla sua identità.

- | | |
|--|--------------------------|
| Confermo di aver letto e compreso le informazioni relative allo studio sopra menzionato. | <input type="checkbox"/> |
| Sono consapevole che la mia partecipazione è del tutto volontaria. | <input type="checkbox"/> |
| Sono consapevole che i risultati dello studio potrebbero essere usati in presentazioni o pubblicati in relazioni scientifiche in cui la mia identità non sarà mai divulgata. | <input type="checkbox"/> |
| Confermo che in questo momento non sto partecipando ad uno studio clinico. | <input type="checkbox"/> |
| Acconsento alla partecipazione allo studio sopraccitato. | <input type="checkbox"/> |

Grazie per il Suo contributo!

Dati personali

Indichi il Suo anno di nascita

19 |__|__|

Quanti anni aveva quando Le è stata diagnosticata la SM?

Età

Quanti anni aveva quando ha notato i primi sintomi che ritiene attribuibili alla SM?

Età

Lei è

Maschio Femmina

Lei vive

Da solo/a Con familiari/amici
 Casa medicalizzata/Residenza protetta

Qual è il Suo grado di istruzione?

Scuola elementare
 Attestato professionale
 Maturità
 Diploma universitario/politecnico

Dove abita?

<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> NW
<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> OW
<input type="checkbox"/> AI	<input type="checkbox"/> SG
<input type="checkbox"/> BL	<input type="checkbox"/> SH
<input type="checkbox"/> BS	<input type="checkbox"/> SO
<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> SZ
<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> TG
<input type="checkbox"/> GE	<input type="checkbox"/> TI
<input type="checkbox"/> GL	<input type="checkbox"/> UR
<input type="checkbox"/> GR	<input type="checkbox"/> VD
<input type="checkbox"/> JU	<input type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> ZG
<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ZH

Dati relativi alla sua condizione professionale

È occupato attualmente come dipendente o con un'attività indipendente?

Sì

No

Se sì: Occupato/a

Se sì: Quante **ore alla settimana** lavora (in base al suo contratto)?

|_|_| ore

Ha dovuto passare da un lavoro a tempo pieno ad uno part-time a causa della SM? Se non è occupato a tempo pieno, il motivo è riconducibile alla SM?

Sì

No

Negli ultimi 3 mesi ha dovuto assentarsi dal lavoro a causa della SM?

Sì

No

Se sì: Per quanti giorni in totale **in questi 3 mesi**?

|_|_| giorni

Se è stato/a assente del lavoro per più di 3 mesi? Se sì, indicare il numero di mesi.

|_|_| mesi

Se ha lavorato durante gli **ultimi sette giorni**, la SM ha influito sulla sua attività lavorativa?

Pensi ai giorni in cui la quantità o il tipo di lavoro che riusciva a svolgere erano limitati, ai giorni in cui è riuscito/a a fare meno di quanto avrebbe voluto o ai giorni in cui non è riuscito/a a svolgere il Suo lavoro con la solita attenzione. Se i problemi di salute associati alla SM hanno influito solo in minima parte sul Suo lavoro, selezioni un numero basso. Se i problemi di salute associati alla SM hanno influito notevolmente sul Suo lavoro, selezioni un numero alto. Prenda in considerazione solo la misura in cui i problemi di salute associati alla SM hanno influito su di Lei mentre lavorava.

I problemi di salute non hanno interferito con il mio lavoro

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I problemi di salute mi hanno impedito del tutto di lavorare

Se il Suo lavoro ha subito interferenze, quale/i è stato/sono stati il/i motivo/i principale/i?

- Morale basso** **Difficoltà nel pensare**
 Affaticamento **Dolore fisico**
 Mobilità **Altro**

Se no: Se non è occupato/a

Se non lavora è a causa della SM?

Sì

No

Se sì: Qual è la Sua situazione?

- Rendita d'invalidità**
 Pensionamento anticipato
 Altro

Da che anno?

|_|_|_|_|

Se no: Quale è la Sua situazione attuale?

Casalinga
 Studente/essa

Pensionato/a
 Disoccupato/a

Ricoveri

Ricovero ospedaliero (pernottamento)

È stato/a ricoverato/a in un ospedale **durante gli ultimi 3 mesi a causa della SM (stazionario- con pernottamento)**?

Se sì: Quante volte in ogni reparto?

Quanti giorni in totale in ogni reparto?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Neurologia	|_|_| volte
Altro	|_|_| volte
Neurologia	|_|_| giorni
Altro	|_|_| giorni

Ricovero giornaliero in day hospital (meno di 24 ore)

È stato/a ricoverato/a in ospedale per un giorno, ovvero senza trascorrervi la notte, **a causa della SM durante gli ultimi 3 mesi**?

Se sì: Quante volte?

In quale reparto dell'ospedale?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
|_|_| volte	
Neurologia	|_|_| giorni
Altro	|_|_| giorni

Riabilitazione e ricovero temporaneo in struttura

Riabilitazione

Ha trascorso del tempo in un centro di riabilitazione **a causa della SM durante gli ultimi 3 mesi**?

Se sì: Quanti giorni come stazionario (pernottamento)?

Quante visite diurne (day hospital- meno di 24 ore)?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
|_|_| giorni	
|_|_| visite	

Case medicalizzate, residenza protetta

Ha trascorso del tempo in una casa medicalizzata o in un istituto simile a causa della SM durante gli ultimi 3 mesi?

Sì

No

Se sì: Quanti giorni?

|_|_| giorni

Visite

Medici, Specialisti

Durante gli ultimi 3 mesi, è stato/a visitato/a da un medico o da uno specialista o ha ricevuto un consulto telefonico, a causa della SM?

Sì

No

Se sì: Indichi da chi è stato visitato/a e per quante volte:

	Presso un ospedale o un centro medico convenzionato	Presso un ambulatorio privato
<input type="checkbox"/> Neurologo	|_|_| volte	|_|_| volte
<input type="checkbox"/> Internista	|_|_| volte	|_|_| volte
<input type="checkbox"/> Urologo	|_|_| volte	|_|_| volte
<input type="checkbox"/> Oculista	|_|_| volte	|_|_| volte
<input type="checkbox"/> Psichiatra	|_|_| volte	|_|_| volte
<input type="checkbox"/> Medico generico	|_|_| volte	|_|_| volte
<input type="checkbox"/> Infermiere specializzato sulla SM	|_|_| volte	|_|_| volte
	Consulti telefonici	
<input type="checkbox"/> Infermiere specializzato sulla SM	|_|_| volte	
<input type="checkbox"/> Neurologo	|_|_| volte	

Altri specialisti in ambito sanitario

Durante gli ultimi 3 mesi, ha usufruito di eventuali altri servizi di operatori sanitari per la SM?

Sì

No

Se sì: Indichi quali servizi, il numero di sessioni e le somme spese durante gli ultimi 3 mesi.

		Ha dovuto pagare tutto o in parte personalmente?	Quanto ha pagato personalmente per sessione?
<input type="checkbox"/> Consulente per l'incontinenza(Infermiere dedicato alla gestione dei problemi vescicali)	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	.....CHF
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Ergoterapista	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Logopedista	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Agopuntore	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Chiropratico	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Psicologo/Psicoterapeuta	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Omeopata	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Massaggiatore	|_|_| sessioni	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF

Esami, Test

Durante gli ultimi 3 mesi, si è sottoposto/a ad esami o test particolari a causa della SM?

 Si
 No

Se sì: Indichi quali test:

<input type="checkbox"/> Risonanza Magnetica (cerebrale)
<input type="checkbox"/> Risonanza Magnetica (spinale)
<input type="checkbox"/> TAC (tomografia assiale computerizzata)
<input type="checkbox"/> Rachicentesi (puntura lombare, analisi del fluido cerebrospinale [LCF])
<input type="checkbox"/> Potenziale evocato (ad es. visivo)
<input type="checkbox"/> Ecografia, specificare <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> cuore (ecocardiografia, ecocardiogramma, cardiografia a ultrasuoni) <input type="checkbox"/> vescica <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma (ECG)
<input type="checkbox"/> Esame del sangue |_|_| volte

Farmaci per la SM

Durante l'ultimo mese, ha assunto un trattamento specifico per la SM?

Sì

No

Se sì: Indichi quale/i

Interferone β -1b (Betaferon [®] ; Extavia [®])	<input type="checkbox"/> sì
Interferone β -1a (Avonex [®])	<input type="checkbox"/> sì
Interferone β -1a (Rebif [®] 22)	<input type="checkbox"/> sì
Interferone β -1a (Rebif [®] 44)	<input type="checkbox"/> sì
Peginterferone β -1a (Plegridy [®])	<input type="checkbox"/> sì
Glatiramer acetato (Copaxone [®])	<input type="checkbox"/> sì
Natalizumab (Tysabri [®])	<input type="checkbox"/> sì
Alemtuzumab (Lemtrada [®] ; Campath [®])	<input type="checkbox"/> sì
Fingolimod (Gilenya [®])	<input type="checkbox"/> sì
Teriflunomide (Aubagio [®])	<input type="checkbox"/> sì
Dimetil Fumarato (Tecfidera [®])	<input type="checkbox"/> sì
Azatioprina (Imurek [®] ; Azathioprin [®])	<input type="checkbox"/> sì
Mitoxantrone (Novantrone [®])	<input type="checkbox"/> sì

Ha ricevuto un altro trattamento per la SM prima dell'attuale trattamento?

Sì

No

Se sì: Indichi quale trattamento ha ricevuto prima di quello attuale:

Trattamenti per la ricaduta (poussé)

Ha presentato ricadute (poussé) durante gli ultimi 3 mesi?

Sì No Forse

Una ricaduta (poussé) o una riacutizzazione della SM è definita come lo sviluppo di nuovi sintomi o il peggioramento di vecchi sintomi che duri più di 48 ore. Nel caso di una recidiva/riacutizzazione, i sintomi della SM generalmente peggiorano nell'arco di un periodo che va da alcuni giorni a diverse settimane. I sintomi, quindi, scompaiono in parte o del tutto per diverse settimane o mesi. Durante un episodio di recidiva/riacutizzazione, molti sintomi diversi possono peggiorare allo stesso tempo.

(In questo caso, la variazione dei sintomi, per essere indicata come ricaduta/riacutizzazione, non può essere dovuta ad un rialzo della temperatura o ad altra malattia [ad es., influenza, raffreddore, infezione del tratto urinario, ecc.]).

Se sì: Quante ricadute (poussé) si sono manifestate durante gli ultimi 3 mesi?

|_|_|

Una di queste si è manifestata durante l'ultimo mese?

Sì No

Ha dovuto assumere farmaci specifici (corticosteroidi) per questa/e ricaduta/e (es. prednisone, metilprednisolone, desametasone e prednisolone)?

Sì No

Se sì: Indichi in quale forma

Compresse (orali)

|_| sì
|_|_| giorni

Infusione

|_| sì

Altri farmaci prescrivibili

Durante l'ultimo mese, il Suo medico Le ha prescritto eventuali altri farmaci in relazione alla SM e ai sintomi che ne sono derivati?

Sì No

Se sì: Indichi quali e per quanti giorni li ha assunti durante l'ultimo mese.

Farmaci		Numero di giorni durante 1 mese
Trattamenti per la deambulazione, la spasticità e antidolorifici	<input type="checkbox"/> Fampridina (Fampyra®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Baclofene (Lioresal®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Clonazepam (Clonazepam®; Rivotril®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Tizanidin (Tizanidin®; Zanaflex®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Diazepam (Valium®; Stesolid®)	|_|_| giorni

	<input type="checkbox"/> Dantrolen (Dantrium®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Gabapentin (Neurontin®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Carbamazepin (Tegretol®; Carbamazepin®; Timonil®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Amitriptilin (Amitriptylin®; Saroten®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Tossina Botulinica (Neurobloc®; Botox®; Dysport®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Morfina	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Estratto di cannabis (Sativex®)	|_|_| giorni
Trattamenti urologici	<input type="checkbox"/> Oxibutinina (Ditropan®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Tolterodina (Detrusitol®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Desmopressina (Minirin®; Nocutil®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Tossina Botulinica	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Catetere Urinario	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Solifenacina (Vesiker®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Cloruro di tropsio (Urivesc®)	|_|_| giorni
Trattamenti per l'affaticamento	<input type="checkbox"/> Amantadina (Symmetrel®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Modafinil (Modafinil®; Modasomil®)	|_|_| giorni
Trattamenti per la depressione	<input type="checkbox"/> Sertralina (Zoloft®; Sertralin®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Paroxetina (Paxil®; Deroxat®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Venlafaxina (Efexor®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Mianserina (Mianserin®; Tolvin®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Mirtazapina (Remeron®; Mirtazapin®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Clomipramina (Anafranil®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Fluoxetina (Prozac®; Fluctine®; Fluoxetin®)	|_|_| giorni
	<input type="checkbox"/> Citalopram (Cipralax®)	|_|_| giorni
<input type="checkbox"/> Amitriptilina (Saroten®)	|_|_| giorni	

Farmaci da banco (senza ricetta)

Durante l'ultimo mese, ha acquistato un qualsiasi farmaco da banco (ad esempio, vitamine, antidolorifici, farmaci complementari, ecc.) per la SM?

Si

No

Se sì: Indichi quanto ha speso all'incirca per tali farmaci durante l'ultimo mese.

..... **CHF**

Investimenti, adattamenti, mezzi ausiliari

Durante l'ultimo anno (12 mesi) ha dovuto apportare modifiche alla Sua abitazione, al Suo appartamento o alla Sua auto, oppure ha richiesto un qualsiasi tipo di attrezzatura o mezzi ausiliari a causa della SM?

Sì

No

Se sì: Indichi per ognuno degli elementi il prezzo approssimativo e quanto ha dovuto pagare personalmente:

	Ha dovuto pagare tutto o in parte personalmente?	Quanto ha pagato personalmente?
<input type="checkbox"/> Montascale, ascensore	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	.....CHF
<input type="checkbox"/> Letto speciale, rampe, corrimani	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Ausili per la deambulazione (bastoni, stampelle, deambulatore, ecc.)	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Carrozzina	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Carrozzina elettrica, scooter	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Attrezzature e dispositivi particolari (per scrivere, cucinare, l'igiene personale, la vestizione oppure occhiali, ecc.)	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Modifiche apportate alla Sua auto		..... CHF
<input type="checkbox"/> Altre modifiche apportate alla Sua abitazione/al Suo appartamento (cucina, bagno, camera da letto, allarme, ecc.)		..... CHF

Assistenza

Servizi di cura e aiuto a domicilio, Servizi Sociali (compreso i servizi della Società svizzera SM)

Durante l'ultimo mese (1 mese), ha richiesto assistenza per la SM?

Sì

No

Se sì: Indichi il tipo di aiuto e se e quanto ha dovuto pagare personalmente durante l'ultimo mese.

	Numero di giorni nell'ultimo mese	Ore per giorno in media	Ha dovuto pagare tutto o in parte personalmente?	Quanto ha pagato personalmente in totale per mese?
<input type="checkbox"/> Infermiere (visite domiciliari)	|_|_| giorni	_ _	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Consulenza sociale	|_|_| giorni	_ _	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Aiuto domestico (pulizie,..)	|_|_| giorni	_ _	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF
<input type="checkbox"/> Trasporto*	|_|_| numero di viaggi nell'ultimo mese	|_|_| media di km per viaggio a/r	<input type="checkbox"/> Tutto <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> No	..... CHF

*Trasporto si intende il trasporto effettuato relativamente alla gestione della SM (visite, esami, ritiro farmaci ecc)

Altre forme di assistenza

Durante l'ultimo mese (1 mese), ci sono stati giorni in cui ha richiesto l'aiuto di un membro della Sua famiglia, degli amici o di volontari di associazioni (esclusi gli assistenti professionali) per svolgere le Sue attività quotidiane a causa della SM?

Sì

No

Se sì: Quanti giorni durante l'ultimo mese?

|_|_| giorni

Quante ore per giorno, in media?

|_|_| ore/giorno

Qualità di Vita

Si prega di contrassegnare una casella per ciascun gruppo per indicare quali affermazioni meglio descrivono il suo stato di salute oggi.

(Queste affermazioni sono generali e non-specifiche alla SM.)

Capacità di Movimento

Non ho difficoltà nel camminare

Ho qualche difficoltà nel camminare

Sono costretto/a a letto

Cura della Persona

Non ho difficoltà nel prendermi cura di me stesso

Ho qualche difficoltà nel lavarmi e nel vestirmi

Non sono in grado di lavarmi e vestirmi

Attività abituali

(es. lavoro, studio, lavori domestici, famiglia e tempo libero)

Non ho difficoltà nello svolgimento delle mie attività abituali

Ho qualche difficoltà nello svolgimento delle mie attività abituali

Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali

Dolore o Fastidio

Non provo alcun dolore o fastidio

Provo dolore o fastidio moderati

Ho estremo dolore o fastidio

Ansia o Depressione

Non sono ansioso o depresso

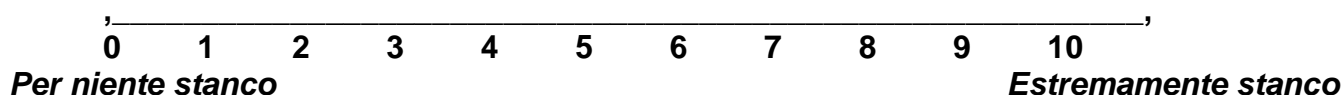
Sono moderatamente ansioso o depresso

Sono estremamente ansioso o depresso

Fatica

In una scala da 1 a 10, come giudica il livello della sua stanchezza nelle scorse 48 ore?

Per favore, faccia un cerchio sul numero che meglio si avvicina alla sua situazione attuale:



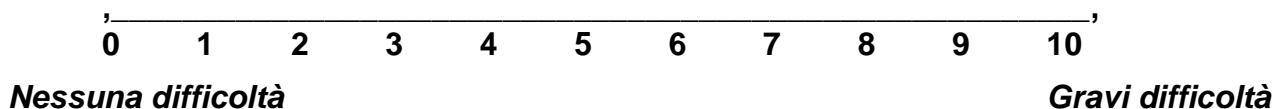
Funzione cognitiva

Attualmente ha manifestato **problemi cognitivi correlati alla SM**? Questi problemi possono manifestarsi come difficoltà a:

- ricordare o memorizzare;
- concentrarsi, soprattutto per un periodo di tempo prolungato;
- esprimersi in modo chiaro;
- comprendere ed elaborare informazioni verbali o scritte (seguire conversazioni o una storia in un libro);
- pensare velocemente come faceva di solito;
- ecc.

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
------------------------------------	------------------------------------

Se sì: Indichi la gravità di queste difficoltà sulla scala seguente.



Domande sulla malattia

Da quale tipo di SM è attualmente affetto/a?

Legga le descrizioni che seguono e selezioni quella che più si avvicina al Suo stato attuale

(Ne indichi solo una)

SM recidivante remittente

Le recidive si manifestano con nuovi sintomi o peggioramento dei sintomi esistenti. La guarigione dopo la recidiva è di solito completa. La condizione tra le recidive è stabile.

Sì

SM progressiva secondaria

Dopo una fase recidivante/remittente iniziale, si manifesta un aumento graduale delle limitazioni e della disabilità fisica indipendente dalle recidive (che comunque si verificano in alcuni pazienti, ma non in tutti).

Sì

SM progressiva primaria

Insorgenza graduale del peggioramento della disabilità fisica senza chiare riacutizzazioni.

Sì

Come descriverebbe la gravità della Sua malattia al momento?

Legga le opzioni elencate di seguito e scelga quella che meglio descrive la Sua situazione. Queste opzioni si focalizzano principalmente sul modo in cui cammina attualmente. Non tutti troveranno una descrizione che rispecchia esattamente la loro condizione, ma La invitiamo ad indicare quella categoria che descrive più da vicino la Sua situazione. (Selezioni una sola opzione.)

Non ho limitazioni.	<input type="checkbox"/> 0
Non ho alcun tipo di limitazione funzionale, ma potrei avere alcuni sintomi sensoriali lievi. Se si manifesta una recidiva, ritorno alla normalità una volta che la recidiva è passata.	<input type="checkbox"/> 1
Manifesto alcuni sintomi evidenti (una certa debolezza muscolare, lievi disturbi visivi), ma posso camminare normalmente e posso correre.	<input type="checkbox"/> 2
Presento una limitazione funzionale significativa dovuta a debolezza muscolare e disturbi visivi, ma non ho alcuna limitazione nella mia capacità di camminare. Tuttavia, non posso correre.	<input type="checkbox"/> 3
Presento limitazioni funzionali significative, ma sono in grado di camminare per almeno 500 metri senza bisogno di aiuto o riposo. Potrei aver bisogno di un bastone o di altre forme di assistenza per camminare durante una recidiva.	<input type="checkbox"/> 4
Posso camminare per 100-200 metri senza bisogno di aiuto o riposo. Per distanze più lunghe, utilizzo spesso un bastone o qualche altra forma di supporto (ad esempio, appoggiarmi ad una parete o al braccio di qualcuno), soprattutto quando cammino all'esterno.	<input type="checkbox"/> 5
Ho sempre bisogno di un bastone o una singola stampella e non posso camminare per più di 100 metri senza fermarmi. Le mie attività sono limitate.	<input type="checkbox"/> 6
Ho sempre bisogno di due bastoni o stampelle e non posso camminare per più di 100 metri senza fermarmi. Le mie attività sono limitate.	<input type="checkbox"/> 7
Sono costretto/a a stare in casa; posso fare qualche passo appoggiandomi ad una parete o ai mobili. Non posso camminare per 20 metri senza una pausa. Per distanze più lunghe, uso una sedia a rotelle, con cui posso andare in giro senza aiuto.	<input type="checkbox"/> 8
Non posso camminare affatto e sono costretto/a su una sedia, ma posso usare le mie braccia.	<input type="checkbox"/> 9
Sono costretto/a a letto e incapace di rimanere seduto/a su una sedia a rotelle per più di un'ora.	<input type="checkbox"/> 10

A nous retourner jusqu'au 31.10.2015, s'il vous plaît.

Adresse postale pour l'envoi du questionnaire :

Société suisse de la sclérose en plaques

Josefstrasse 129

Case postale

8031 Zurich

Merci de ne noter aucune information de l'expéditeur sur l'enveloppe d'envoi.

Nous vous remercions d'ores et déjà pour votre temps et votre collaboration.

Votre Société suisse SEP