

CPCHILD©
QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE PRIORITÀ
DELL'OPERATORE E INDICE DI SALUTE DEL BAMBINO CON
DISABILITÀ

ISTRUZIONI

1. Questo questionario riguarda la salute, il comfort e il benessere del vostro bambino/a e le difficoltà che voi genitori incontrate nell'assistere e nel soddisfare le sue esigenze.
2. Leggete attentamente le istruzioni.
3. Rispondete a tutte le domande cercando il numero che ritenete più appropriato. Potete aggiungere commenti e una breve spiegazione nello spazio apposito sotto ogni domanda.

Per esempio:

								Livello di assistenza			
Considerate in che modo ognuna delle seguenti attività viene solitamente svolta da/per il vostro bambino/a.								T O T A L E	M O D E R A T O	M I N I M O	I N D I C E
Valutate quanto è stato difficile svolgere queste attività nelle ultime 2 settimane e scegliete il livello di assistenza di cui il vostro bambino/a ha avuto bisogno per svolgere queste attività.											
Durante le ultime 2 settimane, quanto è stato difficile:	Impossibile	Molto difficile	Difficile	Un po' difficile	Facile	Molto Facile	Nessun Problema				
1. mettere/portare calzature (calzini, scarpe, tutori ortopedici etc.) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

In questo esempio, il compito di mettere/portare calzature è stato valutato *molto facile*, e il bambino/a ha avuto bisogno di un livello di assistenza *minimo* per indossarle.

4. Alla fine di ogni sezione c'è uno spazio dove potete aggiungere eventuali domande che considerate importanti, e che non sono comprese nel questionario, riguardanti la salute, il comfort e il benessere del vostro bambino/a.

Nome del bambino/a _____

Nome del genitore/tutore che compila il questionario _____

Data _____

Sezione 1: CURA DELLA PERSONA/ ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Livello di assistenza

Considerate in che modo ognuna delle seguenti attività viene solitamente svolta da/per il vostro bambino/a. Valutate quanto è stato difficile svolgere queste attività nelle ultime 2 settimane e scegliete il livello di assistenza di cui il vostro bambino/a ha avuto bisogno per svolgere queste attività.								T O T A L E	M O D E R A T O	M I N I M O	I N D I P E N D E N T E
Durante le ultime 2 settimane quanto è stato difficile:	Impossibile Quasi Impossibile	Molto difficile	Difficile	Un po' difficile	Facile	Molto facile	Nessun Problema				
1. mangiare, bere o essere alimentato? (nella maniera abituale, ad es. oralmente, attraverso intubazione o entrambi)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2. mantenere l'igiene orale? (pulire bocca e denti)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
3. lavarsi	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
4. andare in bagno (urinare, funzioni intestinali, igiene etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
5. cambiare pannolini/pannoloni/biancheria intima	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
6. indossare/togliere vestiti nella parte superiore del corpo (maglietta, giacca etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
7. indossare/togliere vestiti nella parte inferiore del corpo (pantaloni, pantaloni della tuta etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
8. mettere/portare calzature (calzini, scarpe, tutori ortopedici etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
9. curare i capelli (lavarli, asciugarli, spazzolarli/pettinarli)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1A. Altro (specificare): _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

1B. Altro (specificare): _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

SEZIONE 2: POSIZIONAMENTO, TRASFERIMENTO E MOBILITÀ

Livello di
assistenza

								T O T A L E	M O D E R A T O	M I N D I M P O R T A N T E	I N D I P E N D E N T E
Considerate in che modo ognuna delle seguenti attività viene solitamente svolta da/per il vostro bambino/a. Valutate, quanto è stato difficile svolgere queste attività nelle ultime 2 settimane, e scegliete il livello di assistenza di cui il vostro bambino/a ha avuto bisogno per svolgere queste attività											
Durante le ultime 2 settimane quanto è stato difficile:	Impossibile Quasi Impossibile	Molto difficile	Difficile	Un po' difficile	Facile	Molto facile	Nessun Problema				
10. salire e scendere dal letto?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. trasferirsi da/ sedersi sulla sedia o carrozzina?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. stare seduto/a sulla sedia o carrozzina?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. stare in piedi per fare esercizi o per trasferirsi?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. muoversi in ambienti interni	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. muoversi in ambienti esterni	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. salire/scendere	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

da un veicolo a motore (auto, bus etc.)?												
17. visitare luoghi pubblici (parchi, teatri, luoghi turistici etc.) ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2A. Altro (specificare):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2B. Altro (specificare):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

Sezione 3: BENESSERE ED EMOZIONI

Durante le ultime 2 settimane, quanto spesso il bambino/a ha provato dolore o disagio:								Intensità			
	Tutti i giorni	Molto spesso	Abbastanz a spesso	Qualche volta	Una o due volte	Mai	F O R T E	M O D E R A T A	L I E V E	N E S S U N A	
18. mentre mangiava/beveva o veniva alimentato? <hr/>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
19. mentre andava in bagno (urinare, funzioni intestinali, igiene, cambiare il pannolino etc.)?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
20. mentre si vestiva/svestiva?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
21. durante i trasferimenti o cambi di posizione?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	

22. mentre stava seduto/a?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. mentre stava supino/a o sdraiato/a	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. che hanno disturbato il sonno del bambino/a?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. Altro (specificare):	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. Altro (specificare):	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

Durante le ultime 2 settimane, quanto spesso il bambino/a è stato/a										
25. agitato, turbato o arrabbiato? _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. scontento o triste?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

SEZIONE 4: COMUNICAZIONE E INTERAZIONE SOCIALE

Considerate in che modo ognuna delle seguenti attività viene solitamente eseguita da/per il vostro bambino/a.

Valutate quanto è stato difficile svolgere queste attività nelle ultime 2 settimane.

Durante le ultime 2 settimane quanto è stato difficile per il vostro bambino/a	Impossibile Quasi Impossibile	Molto difficile	Difficile	Un po' difficile	Facile	Molto facile	Nessun Problema
27. capire voi genitori?	0	1	2	3	4	5	6
28. essere capito/a da voi?	0	1	2	3	4	5	6
29. comunicare con estranei?	0	1	2	3	4	5	6
30. giocare da solo/a?	0	1	2	3	4	5	6
31. giocare con gli altri?	0	1	2	3	4	5	6
32. Andare a scuola/all'asilo	0	1	2	3	4	5	6
33. Svolgere attività ricreative (sport, interagire con la famiglia e con gli amici etc.)?	0	1	2	3	4	5	6
4A. Altro (specificare):	0	1	2	3	4	5	6
4B. Altro (specificare):	0	1	2	3	4	5	6

SEZIONE 5 : SALUTE

Nelle ultime 2 settimane	Cerchiare la risposta più appropriata					
34. quante volte è stato necessario per il bambino/a andare dal dottore o in ospedale?	Ricoverato Per Più di 7 giorni	Ricoverato per meno di 7 giorni	3 volte o più	Due volte	Una volta	Mai
	0	1	2	3	4	5

Nelle ultime 2 settimane	Molto Scarso	Scarso	Discreta	Buono	Molto buono	Eccellente
35. come valutereste lo stato di salute generale del vostro bambino/a?	0	1	2	3	4	5

36. Fate un elenco dei farmaci che il vostro bambino/a ha preso nelle ultime 2 settimane:

0. Nessun Farmaco

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

SEZIONE 6: QUALITÀ DELLA VITA

Nelle ultime 2 settimane	Molto Scarso	Scarsa	Discreta	Buona	Molto buona	Eccellente
37. Come valutereste la qualità della vita complessiva del vostro bambino/a?	0	1	2	3	4	5

SEZIONE 7: IMPORTANZA DELLE SINGOLE VOCI PER LA QUALITÀ DELLA VITA DEL VOSTRO BAMBINO/A

Quanto pensate che siano importanti le singole voci del questionario in relazione all'attuale stato di salute del vostro bambino/a e alla sua qualità della vita?	Meno Importante	Non molto importante	Un po' importante	Abbastanza importante	Molto Importante	Più Importante
1. Mangiare/bere o essere alimentato	0	1	2	3	4	5
2. Mantenere l'igiene orale	0	1	2	3	4	5
3. Lavarsi	0	1	2	3	4	5
4. Andare in bagno/ igiene	0	1	2	3	4	5
5. Cambiare pannolini/pannoloni/biancheria intima	0	1	2	3	4	5
6. Indossare/togliere maglie	0	1	2	3	4	5
7. Indossare/togliere pantaloni	0	1	2	3	4	5
8. Mettere/portare calzature	0	1	2	3	4	5
9. Cura dei capelli	0	1	2	3	4	5
10. Salire e scendere dal letto	0	1	2	3	4	5
11. Trasferirsi su/da una sedia o carrozzina	0	1	2	3	4	5
12. Stare seduto su una sedia o carrozzina	0	1	2	3	4	5
13. Stare in piedi per fare esercizi o per trasferirsi	0	1	2	3	4	5
14. Muoversi in ambienti interni	0	1	2	3	4	5
15. Muoversi in ambienti esterni	0	1	2	3	4	5
16. Salire/scendere da un veicolo a motore	0	1	2	3	4	5
17. Visitare luoghi pubblici	0	1	2	3	4	5
18. Essere a proprio agio mentre ci si alimenta/si viene alimentati	0	1	2	3	4	5
19. Essere a proprio agio quando si va in bagno	0	1	2	3	4	5
20. Essere a proprio agio mentre ci si veste/sveste	0	1	2	3	4	5
21. Essere a proprio agio durante trasferimenti o cambi di posizione	0	1	2	3	4	5
22. Essere a proprio agio mentre si sta seduti	0	1	2	3	4	5
23. Essere a proprio agio quando si sta stesi	0	1	2	3	4	5
24. Essere a proprio agio quando si dorme	0	1	2	3	4	5
25. Stato emotivo o comportamento	0	1	2	3	4	5
26. Essere felice	0	1	2	3	4	5
27. Essere in grado di capire voi genitori	0	1	2	3	4	5

28. Essere in grado di essere capito da voi genitori	0	1	2	3	4	5
29. Essere in grado di comunicare con gli estranei	0	1	2	3	4	5
30. Essere in grado di giocare da solo	0	1	2	3	4	5
31. Essere in grado di giocare con gli altri	0	1	2	3	4	5
32. Essere in grado di frequentare la scuola o l'asilo	0	1	2	3	4	5
33. Essere in grado di svolgere attività ricreative	0	1	2	3	4	5
34. Ridurre al minimo le visite dal medico o i ricoveri	0	1	2	3	4	5
35. Stato di salute complessivo	0	1	2	3	4	5
36. Ridurre al minimo l'assunzione di farmaci	0	1	2	3	4	5

SEZIONE 8 : DATI DEL BAMBINO

1. Mio figlio/a è	Maschio [] Femmina []
2. Qual è la sua data di nascita?	____/____/____ (giorno/mese/anno)
3. Qual è il livello più alto di istruzione che ha raggiunto? (mettere una sola X a fianco della risposta più appropriata) (Se non ha conseguito alcuna licenza o diploma, indicare fino a che anno scolastico ha frequentato)	Asilo Nido _____ Scuola Materna _____ 1 ^a Elementare _____ 2 ^a Elementare _____ 3 ^a Elementare _____ 4 ^a Elementare _____ 5 ^a Elementare _____ Licenza Elementare _____ 1 ^a Media _____ 2 ^a Media _____ 3 ^a Media _____ Licenza Media _____ 1 ^a Superiore _____ 2 ^a Superiore _____ 3 ^a Superiore _____ 4 ^a Superiore _____ 5 ^a Superiore _____

	Diploma di Maturità _____
--	---------------------------

SEZIONE 9: I VOSTRI DATI

1. Lei è	Maschio [] Femmina []
2. Qual è la sua data di nascita?	_____/_____/_____ (giorno/mese/anno)
3. Quale di queste opzioni descrive meglio il suo attuale stato lavorativo?	<p>Non lavoro per poter accudire mio figlio/a []</p> <p>Non lavoro per altre ragioni []</p> <p>Sto cercando lavoro (fuori da casa) []</p> <p>Lavoro full time/part time (a casa o fuori) []</p> <p>Casalingo/a a tempo pieno []</p>
4. Quale delle seguenti opzioni descrive meglio il rapporto di parentela che ha col bambino?	<p>Genitore biologico []</p> <p>Genitore acquisito []</p> <p>Genitore affidatario []</p> <p>Genitore adottivo []</p> <p>Operatore Sanitario Professionista []</p> <p>Altro (specificare) [] _____</p>
5. In media, quanti giorni alla settimana lei è responsabile dell'assistenza del bambino?	_____ giorni alla settimana
6. Qual è il livello di istruzione più alto da lei raggiunto?	<p>Scuola Media (senza licenza) []</p> <p>Licenza Media []</p> <p>Scuola superiore (senza diploma) []</p> <p>Diploma di scuola superiore []</p>

	Corso professionalizzante o università (senza laurea) [] Laurea [] Laurea specialistica [] Altro (specificare) [] _____ _____ _____
--	--

Quanto tempo ha impiegato per completare il questionario? _____(ore/minuti)

GRAZIE PER LA PARTECIPAZIONE!