



Scheda rilevazione bisogni del paziente TRAPIANTATO

(Barrare con una x la risposta o le risposte corrispondenti)

① Per favore indica la tua fascia di età

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 18 anni | 19-30 anni | 31-60 anni | > 61 anni |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

② Indica il tuo Genere

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Maschile | Femminile |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

③ Indica il tuo Gruppo Sanguigno

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0 pos | 0 neg | A pos | A neg | B pos | B neg | AB pos | AB neg |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

④ Indica la tua Regione di residenza

⑤ Specifica il trapianto ricevuto

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Rene | Fegato | Cuore | Polmone | Cuore-Polmone | Pancreas | Rene-Pancreas | Intestino | Altro <i>(specificare)</i> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |

⑥ Indica la tipologia del donatore

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Donatore Cadavere | Donatore Vivente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

⑦ Riporta la Regione dov'è avvenuto il trapianto

⑧ Quanto tempo sei stato/a in lista d'attesa prima del trapianto?

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 1 anno | 13-24 mesi | 25-48 mesi | > 48 mesi |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

⑨ Quale tra le seguenti situazioni ti ha maggiormente angosciato quando eri in lista?

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Le condizioni cliniche |
| <input type="radio"/> | La paura di non farcela |
| <input type="radio"/> | La preoccupazione per i familiari |
| <input type="radio"/> | La durata dell'attesa |
| <input type="radio"/> | L'aspetto economico / finanziario |
| <input type="radio"/> | Il pensiero di non poter tornare a fare quello che facevo prima della malattia |
| <input type="radio"/> | Il futuro |
| <input type="radio"/> | Non ho vissuto particolari situazioni di angoscia |
| <input type="radio"/> | Altro, specificare _____ |

⑩ Quanta professionalità hai percepito nel tuo percorso di cura?

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | Estremamente professionali |
| <input type="radio"/> | Molto professionali |
| <input type="radio"/> | Moderatamente professionali |
| <input type="radio"/> | Sufficientemente professionali |
| <input type="radio"/> | Per nulla professionali |

⑪ Hai incontrato problemi nel tuo percorso di cura?

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| NO | SI |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12) Se SI, quali tra i seguenti? (è possibile indicare più risposte)

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> | Clinici |
| <input type="radio"/> | Rapporti con i curanti |
| <input type="radio"/> | Economici / finanziari |
| <input type="radio"/> | Lavoro |
| <input type="radio"/> | Familiari |
| <input type="radio"/> | Altro, specificare _____ |

13) Quale tra le seguenti situazioni ti preoccupa o ti amareggia maggiormente ora?

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Rigetto e complicanze |
| <input type="radio"/> | Il pensiero dei familiari |
| <input type="radio"/> | L'aderenza al programma terapeutico |
| <input type="radio"/> | L'aspetto economico / finanziario |
| <input type="radio"/> | Non poter saper nulla del donatore né dei familiari |
| <input type="radio"/> | Non sono preoccupato né amareggiato |
| <input type="radio"/> | Altro, specificare _____ |

14) Dai un giudizio sulla chiarezza delle informazioni ricevute per la gestione del post trapianto

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> | Molto chiare |
| <input type="radio"/> | Abbastanza chiare |
| <input type="radio"/> | Sufficientemente chiare |
| <input type="radio"/> | Per nulla chiare |

15) Tra i seguenti stati d'animo, qual è quello o quelli che più spesso percepisci?

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> | Paura |
| <input type="radio"/> | Ansia |
| <input type="radio"/> | Euforia |
| <input type="radio"/> | Gratitudine |
| <input type="radio"/> | Entusiasmo |
| <input type="radio"/> | Altro, specificare _____ |

16) Tra le seguenti opportunità qual è quella o quelle che potrebbero esserti maggiormente d'aiuto ora?

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sostegno psicologico |
| <input type="radio"/> | Sostegno economico |
| <input type="radio"/> | Assistenza continua |
| <input type="radio"/> | La conoscenza del percorso da seguire e le figure di riferimento |
| <input type="radio"/> | Occupazione / lavoro |
| <input type="radio"/> | Non so |
| <input type="radio"/> | Altro, specificare _____ |

17) Pensi che le Associazioni di volontariato che si occupano di trapianti svolgano un ruolo di sostegno importante per pazienti?

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> | Molto |
| <input type="radio"/> | Abbastanza |
| <input type="radio"/> | Poco |
| <input type="radio"/> | Non so |
| <input type="radio"/> | Altro, specificare _____ |

18) Attualmente come valuti il tuo stato di salute ?

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Molto buono |
| <input type="radio"/> | Buono |
| <input type="radio"/> | Discreto |
| <input type="radio"/> | Cattivo |
| <input type="radio"/> | Pessimo |

19) Osservazioni (Esprimi qualsiasi pensiero o situazione non previste dal questionario)

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |