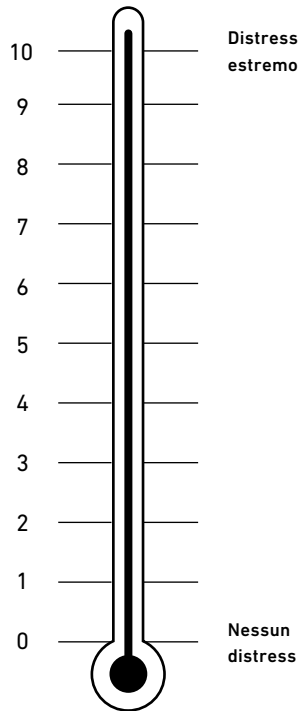


# GESTIONE DEL DISTRESS

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_



**1 Cerciare il numero** (da 0 a 10) che descrive al meglio il livello di distress che avete provato nell'ultima settimana fino ad oggi.

**2 Indicare** se qualcuno dei seguenti problemi vi ha riguardato nell'ultima settimana fino ad oggi. Indicare SÌ o NO per ognuno di essi.

		SÌ	NO
<b>Problemi pratici</b>	Cura dei figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cura della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assicurazione / questioni finanziarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transporti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavoro / scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemi familiari</b>	Rapporto con i figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rapporto con il partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacità di avere figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemi emotivi</b>	Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Paure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tristezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Preoccupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Predita di interesse nelle attività abituali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Preoccupazioni spirituali / religiose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemi fisici</b>	Aspetto estetico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavarsi / vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Respirazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cambiamenti relativi alla minzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Costipazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Affaticamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Senso di gonfiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spostamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indigestione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Memoria / concentrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ulcere orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secchezza / congestione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problemi sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secchezza della pelle / prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problemi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dormicolio a mani / piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Altri problemi \_\_\_\_\_

Origin: National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). Tutti i diritti riservati. Le NCCN Guidelines® e la presente illustrazione non possono essere riprodotte in nessuna forma senza l'esplicita autorizzazione scritta del NCCN. Versione 2.2020, 11/03/2020.

