

Glasgow Outcome Scale Questionnaire (GOSE-Postal) - Italian Version

Queste domande si riferiscono ai cambiamenti nella Sua vita quotidiana dal momento del trauma. Sono presenti anche alcune domande sulla Sua situazione prima dell'incidente. Alle domande può rispondere Lei, un/a parente prossimo/a o un/a amico/a, o potete rispondere insieme. Ciò che ci interessa è il recupero che Lei ha avuto finora.

Nome della persona che ha subito il trauma: _____ Data di oggi: _____

Persona che compila il modulo:

Paziente da solo/a Parente o amico/a o persona che assiste da solo/a

Paziente insieme a parente, amico/a o persona che assiste

Il/la paziente è:

Fuori dall'ospedale

In ospedale o in una residenza assistenziale

Risponda a ogni domanda spuntando il riquadro che corrisponde alla sua condizione.

1. Prima del trauma, era in grado di badare a se stesso/a in casa? Sì No

2. A seguito del Suo trauma, ha bisogno di qualcuno che L'assista in casa? (Spuntare un riquadro)

Non ho bisogno di aiuto o di supervisione in casa

Ho bisogno di qualche aiuto in casa, ma non ogni giorno

Ho bisogno di aiuto in casa ogni giorno, ma posso badare a me stesso/a per almeno otto ore se necessario

Non sono in grado di badare a me stesso/a per otto ore durante il giorno

Ho bisogno di aiuto in casa, ma non a causa del trauma

3. Prima del trauma era in grado di fare acquisti nei negozi senza aiuto? Sì No

4. A seguito del Suo trauma, ora ha bisogno di aiuto per fare acquisti nei negozi? (Spuntare un riquadro)

Non ho bisogno di aiuto per fare acquisti

Ho bisogno di qualche aiuto, ma posso recarmi nei negozi vicini da solo/a

Ho bisogno di aiuto per fare spese anche nei negozi vicini, o non sono affatto in grado di fare spese

Ho bisogno di aiuto per fare acquisti, ma non a causa del trauma

5. Prima del trauma era in grado di spostarsi senza aiuto? Sì No

6. A seguito del Suo trauma, ora ha bisogno di aiuto per spostarsi? (Spuntare un riquadro)

- Non ho bisogno di aiuto per spostarmi
Ho bisogno di qualche aiuto, ma posso spostarmi nelle vicinanze da solo/a (es.
chiamando un taxi
Ho bisogno di aiuto anche per spostarmi nelle vicinanze o non sono affatto in grado
di spostarmi
Ho bisogno di aiuto per spostarmi, ma non a causa del trauma
-

7. Attività lavorativa prima del trauma (spuntare un riquadro)

- Occupato/a In cerca di occupazione
Si occupa della famiglia Studente/essa
Pensionato/a Altro (per esempio, inabile al lavoro)

8. La Sua abilità al lavoro (o allo studio se è uno/a studente/essa, o nel prendersi cura della Sua famiglia) è cambiata in seguito al Suo trauma? (Spuntare un riquadro)

- Faccio ancora lo stesso lavoro
Faccio ancora lo stesso lavoro, ma ho qualche problema (es., stanchezza, mancanza di
concentrazione)
Lavoro ancora, ma in maniera ridotta (es. passaggio da tempo pieno a parziale, o cambio
di livello di responsabilità)
Sono inabile al lavoro o sono solo in grado di lavorare come categoria protetta
La mia abilità al lavoro è cambiata, ma non a causa del trauma
-

9. Prima del trauma partecipava regolarmente ad attività sociali e ricreative fuori di casa (almeno una volta alla settimana)? Sì No

Le attività sociali e ricreative includono: andare in un pub o in discoteca, andare a trovare gli amici, andare al cinema, uscire per una passeggiata, andare a una partita di calcio, fare attività sportiva.

10. A seguito del Suo trauma, c'è stato un cambiamento nella Sua capacità di partecipare ad attività sociali e ricreative fuori di casa? (Spuntare un riquadro)

- Partecipo come prima (le attività possono essere diverse da quelle di prima)
Partecipo un po' meno, ma almeno la metà delle volte rispetto a prima
Partecipo molto meno, meno della metà delle volte rispetto a prima
Non partecipo affatto
La mia capacità di partecipare è cambiata per qualche altro motivo estraneo al trauma

11. Prima del trauma aveva problemi nelle relazioni con amici o familiari? Sì No

12. A seguito del Suo trauma, ci sono ora problemi nelle Sue relazioni con amici o familiari? (Spuntare un riquadro)

- Le cose sono più o meno come prima
- Ci sono problemi occasionali (meno di una volta alla settimana)
- Ci sono problemi frequenti (una volta o più alla settimana)
- Ci sono problemi costanti (problemi ogni giorno)
- Ci sono problemi per altri motivi estranei al trauma

13. Dal Suo trauma sono scaturiti altri problemi che hanno interferito con la Sua vita quotidiana nell'ultima settimana? (Problemi che vengono talvolta riferiti dopo un trauma cranico: mal di testa, vertigini, stanchezza, sensibilità ai rumori o alla luce, lentezza, vuoti di memoria e difficoltà di concentrazione.) (Spuntare un riquadro)

- Non ho problemi al momento
- Ho qualche problema, ma non interferiscono con la mia vita quotidiana
- Ho qualche problema, e questi condizionano la mia vita quotidiana
- Ho qualche problema per altri motivi, estranei al trauma cranico

14. Simili problemi erano presenti prima del trauma? (Spuntare un riquadro)

- Non avevo problemi prima, solo problemi lievi
- Avevo problemi simili anche prima

Ci sono commenti che desidera aggiungere?

(Se desidera può continuare sul retro del foglio)