

Questionario sulle principali decisioni che comportano cambiamenti di vita (Major Life Changing Decision Profile, MLCDP)

Nome/Numero di codice:

Riservato

Data:

Questionario sulle principali decisioni che comportano cambiamenti di vita (Major Life Changing Decision Profile, MLCDP)

Istruzioni: il presente questionario mira a valutare in che misura il suo stato di salute abbia influenzato le decisioni più importanti nel corso della sua vita.

Selezioni una casella per ciascuna affermazione.

A ISTRUZIONE <i>Le seguenti affermazioni riguardano l'influenza della malattia cronica di cui soffre sulle decisioni prese in merito alla sua istruzione.</i>		Nessuna influenza o non applicabile	Influenza lieve	Influenza moderata	Influenza profonda	Influenza molto profonda
1.	Ho deciso di abbandonare gli studi prematuramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ho deciso di cambiare percorso di studi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ho deciso di proseguire gli studi vicino alla mia famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B LAVORO/PERCORSO PROFESSIONALE <i>Le seguenti affermazioni riguardano l'influenza della malattia cronica di cui soffre sulle decisioni prese in merito al suo lavoro/percorso professionale.</i>		Nessuna influenza o non applicabile	Influenza lieve	Influenza moderata	Influenza profonda	Influenza molto profonda
1.	Ho deciso di cambiare lavoro/percorso professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ho deciso di lasciare il lavoro/percorso professionale dopo qualche tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ho deciso di usufruire del prepensionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ho deciso di adottare orari di lavoro flessibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ho deciso di optare per un lavoro/percorso professionale adatto al mio stato di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ho deciso di rifiutare le promozioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ho deciso di ridurre l'orario lavorativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ho deciso di avviare un'attività in proprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ho deciso di rimanere senza occupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selezioni una casella per ciascuna affermazione.

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px; margin-bottom: 10px;">C</div>	SITUAZIONE FAMILIARE/PERSONALE <i>Le seguenti affermazioni riguardano l'influenza della malattia cronica di cui soffre sulle decisioni prese in merito alla sua situazione familiare/personale.</i>	Nessuna influenza o non applicabile	Influenza lieve	Influenza moderata	Influenza profonda	Influenza molto profonda
1.	Ho deciso di scegliere un altro momento per avere figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ho deciso di non avere figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ho deciso di non avere una relazione sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ho deciso di non sposarmi né di avere una relazione stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ho deciso di divorziare o di separarmi dal partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px; margin-bottom: 10px;">D</div>	VITA SOCIALE <i>Le seguenti affermazioni riguardano l'influenza della malattia cronica di cui soffre sulle decisioni prese in merito alla sua vita sociale.</i>					
1.	Ho deciso di modificare le abitudini alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ho deciso di modificare il consumo di tabacco/alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ho deciso di rinunciare a viaggi o vacanze all'estero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ho deciso di trasferirmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ho deciso di non trasferirmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ho deciso di non trasferirmi all'estero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ho deciso di indossare vestiti/scarpe di tipo/colore diverso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ho deciso di non partecipare ad attività collettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ho deciso di non frequentare altre persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ho deciso di rinunciare alla cura della mia persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selezioni una casella per ciascuna affermazione

	E	ATTIVITÀ FISICA						
		<i>Le seguenti affermazioni riguardano l'influenza della malattia cronica di cui soffre sulle decisioni prese in merito all'attività fisica.</i>		Nessuna influenza o non applicabile	Influenza lieve	Influenza moderata	Influenza profonda	Influenza molto profonda
1.		Ho deciso di non praticare il nuoto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		Ho deciso di non praticare alcuna attività sportiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		Ho deciso di cambiare attività sportiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		Ho deciso di aumentare l'attività fisica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		Ho deciso di smettere di guidare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifichi di avere scelto una risposta per ciascuna affermazione

La ringraziamo per la collaborazione