

**LINQ (Lung Information Needs Questionnaire)**  
**Questionario sulle necessità di informazione per I pazienti affetti da BPCO**

<b>1.</b>	<p><b>Sai come si chiama la malattia polmonare/respiratoria di cui soffri?</b></p> <p style="text-align: center;">Si    <input type="checkbox"/>    Non sono sicuro    <input type="checkbox"/>    No    <input type="checkbox"/></p>																
<b>2.</b>	<p><b>Ti è stato spiegato come questa malattia danneggia (altera il funzionamento) i tuoi polmoni o perché si manifesta con questi disturbi?</b></p> <p style="text-align: center;">Si    <input type="checkbox"/>    No    <input type="checkbox"/></p> <p><b>Se hai risposto 'si', chi ti ha dato la spiegazione?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 35%;">Medico di Famiglia</td> <td style="width: 15%;">Si    <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">No    <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>Specialista</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infermiere</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Altra persona</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Medico di Famiglia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Specialista	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Infermiere	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Altra persona	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Medico di Famiglia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Specialista	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Infermiere	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Altra persona	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
<b>3.</b>	<p><b>Ti è stato spiegato cosa potrebbe succederti in futuro se non ti curi?</b></p> <p style="text-align: center;">Si    <input type="checkbox"/>    No    <input type="checkbox"/></p> <p><b>Se hai risposto 'si', chi ti ha dato la spiegazione?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 35%;">Medico di Famiglia</td> <td style="width: 15%;">Si    <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">No    <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>Specialista</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infermiere</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Altra persona</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Medico di Famiglia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Specialista	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Infermiere	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Altra persona	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Medico di Famiglia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Specialista	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Infermiere	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Altra persona	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
<b>4.</b>	<p><b>Quali delle seguenti affermazioni credi che meglio descrivano cosa potrebbe accaderti nei prossimi anni?</b>  <b>(dare una sola risposta)</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ora che la mia malattia è curata probabilmente migliorerò</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ora che la mia malattia è curata probabilmente non peggiorerò</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Potrò solo peggiorare</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Non so cosa mi accadrà</p>																
<b>5.</b>	<p><b>Ti è stato spiegato perché devi prendere le medicine che usi?</b></p> <p style="text-align: center;">Si    <input type="checkbox"/>    No    <input type="checkbox"/></p> <p><b>Se hai risposto 'si', chi ti ha dato la spiegazione?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 35%;">Medico di Famiglia</td> <td style="width: 15%;">Si    <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">No    <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>Specialista</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infermiere</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Altra persona</td> <td>Si    <input type="checkbox"/></td> <td>No    <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Medico di Famiglia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Specialista	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Infermiere	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Altra persona	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Medico di Famiglia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Specialista	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Infermiere	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
Altra persona	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>															
<b>6.</b>	<p><b>Prendi (o almeno cerchi di prendere) le medicine ESATTAMENTE come ti è stato spiegato dal medico?</b></p> <p style="text-align: center;">Si    <input type="checkbox"/>    Non sono sicuro    <input type="checkbox"/>    No    <input type="checkbox"/></p>																

7.	<p><b>Sei soddisfatto delle informazioni che il tuo medico ti ha dato sui farmaci che usi?</b> (dare una sola risposta)</p> <p>Ho capito tutto quello che volevo sapere <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>Ho capito quello che mi è stato detto ma vorrei saperne di più <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>Sono un poco confuso <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>Sono molto confuso <span style="float: right;">[ ]</span></p>																				
8.	<p><b>Ti è stato spiegato cosa fare se il tuo respiro peggiora (la tua respirazione peggiora)? (es. faccia due spruzzi/soffi invece di uno)</b></p> <p>Mi è stato DETTO e SCRITTO cosa fare dal dottore/infermiere <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>Mi è stato detto ma NON SCRITTO <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>NON mi è stato detto ma IO SO cosa fare <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>NON mi è stato detto ed IO NON SO cosa fare <span style="float: right;">[ ]</span></p>																				
9.	<p><b>Ti è stato spiegato quando chiamare un'ambulanza se la respirazione peggiora?</b></p> <p>Mi è stato DETTO e SCRITTO cosa fare dal dottore/infermiere <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>Mi è stato detto ma NON SCRITTO <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>NON mi è stato detto ma IO SO cosa fare <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>NON mi è stato detto ed IO NON SO cosa fare <span style="float: right;">[ ]</span></p>																				
10.	<p><b>Riguardo il fumo hai:</b></p> <p>Mai fumato (vai alla domanda 13) <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>Ho fumato ma ho smesso (vai alla domanda 13) <span style="float: right;">[ ]</span></p> <p>Fumo ancora (vai alla domanda 11) <span style="float: right;">[ ]</span></p>																				
11.	<p><b>Ti è stato detto che devi smettere di fumare?</b></p> <p style="text-align: center;">Si <span style="margin-left: 20px;">[ ]</span> No <span style="margin-left: 20px;">[ ]</span></p> <p><b>Se hai risposto 'si', chi ti ha dato la spiegazione?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Medico di Famiglia</td> <td style="width: 10%;">Si</td> <td style="width: 10%;">[ ]</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%;">[ ]</td> </tr> <tr> <td>Specialista</td> <td>Si</td> <td>[ ]</td> <td>No</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>Infermiere</td> <td>Si</td> <td>[ ]</td> <td>No</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>Altri</td> <td>Si</td> <td>[ ]</td> <td>No</td> <td>[ ]</td> </tr> </table>	Medico di Famiglia	Si	[ ]	No	[ ]	Specialista	Si	[ ]	No	[ ]	Infermiere	Si	[ ]	No	[ ]	Altri	Si	[ ]	No	[ ]
Medico di Famiglia	Si	[ ]	No	[ ]																	
Specialista	Si	[ ]	No	[ ]																	
Infermiere	Si	[ ]	No	[ ]																	
Altri	Si	[ ]	No	[ ]																	
12.	<p><b>Ti è stato offerto aiuto per smettere di fumare?</b> (ad es. dandoti gomme – cerotti alla nicotina o indirizzandoti ad un centro antifumo)</p> <p style="text-align: center;">Si <span style="margin-left: 20px;">[ ]</span> No <span style="margin-left: 20px;">[ ]</span></p>																				
13.	<p><b>Ti è stato detto di fare attività fisica ( ad es. Camminare, fare palestra o altro)?</b></p> <p style="text-align: center;">Si <span style="margin-left: 20px;">[ ]</span> No <span style="margin-left: 20px;">[ ]</span></p> <p><b>Se hai risposto 'si', chi ti ha dato la spiegazione?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Medico di Famiglia</td> <td style="width: 10%;">Si</td> <td style="width: 10%;">[ ]</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%;">[ ]</td> </tr> <tr> <td>Specialista</td> <td>Si</td> <td>[ ]</td> <td>No</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>Infermiere</td> <td>Si</td> <td>[ ]</td> <td>No</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>Nessuno</td> <td>Si</td> <td>[ ]</td> <td>No</td> <td>[ ]</td> </tr> </table>	Medico di Famiglia	Si	[ ]	No	[ ]	Specialista	Si	[ ]	No	[ ]	Infermiere	Si	[ ]	No	[ ]	Nessuno	Si	[ ]	No	[ ]
Medico di Famiglia	Si	[ ]	No	[ ]																	
Specialista	Si	[ ]	No	[ ]																	
Infermiere	Si	[ ]	No	[ ]																	
Nessuno	Si	[ ]	No	[ ]																	

14.	<p><b>Un dottore o infermiere ti hanno detto quanta attività fisica (ad es. Camminare o altro) dovresti fare?</b></p> <p>Si e so cosa fare <input type="checkbox"/></p> <p>Si ma NON SO cosa fare <input type="checkbox"/></p> <p>Si ma NON RIESCO a farlo <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
15.	<p><b>Quanta attività fisica svolgi?</b></p> <p>Il minimo indispensabile <input type="checkbox"/></p> <p>Mi sforzo di farne <input type="checkbox"/></p> <p>Il massimo tutte le volte che posso <input type="checkbox"/></p>
16.	<p><b>Cosa ti è stato detto della dieta da seguire? (segnare quelle necessarie – anche più di una)</b></p> <p>Nulla <input type="checkbox"/></p> <p>Di perdere o prendere peso <input type="checkbox"/></p> <p>Mangiare alimenti “sani” <input type="checkbox"/></p> <p>Mangiare poco e spesso <input type="checkbox"/></p> <p>(ad es. 6 piccoli pasti invece di 3 grandi pasti)</p>
17.	<p><b>Vorresti maggiori informazioni o hai domande o commenti da fare sulla tua malattia polmonare (respiratoria)?</b> In tal caso, scrivili nello spazio sotto</p>
18.	<p><b>Vivi da solo?</b></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
19.	<p><b>Sesso:</b></p> <p>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>
20.	<p><b>Peso: _____ Kg      Altezza: _____ cm</b></p>
21.	<p><b>Lavoro:</b></p> <p>_____</p>
22.	<p><b>Anno di nascita? 19_____</b></p>