

CAREGIVER CONTRIBUTION TO SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX

Tutte le risposte sono confidenziali

Data

Cod

SEZIONE A:

La preghiamo di rispondere alle domande che seguono riferite all'assistenza che fornisce al suo familiare con scompenso cardiaco. **Risponda con sincerità, non ci sono risposte giuste o sbagliate.**

Con che frequenza lei **raccomanda alla persona che assiste** quanto segue? Oppure se ne occupa lei in quanto la persona che assiste non è in grado di farlo.

	Mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre o tutti i giorni
1. Pesarsi	1	2	3	4
2. Controllare se le caviglie sono gonfie	1	2	3	4
3. Cercare di evitare di ammalarsi (ad es. vaccinandosi per l'influenza, evitare persone malate)	1	2	3	4
4. Fare un pò di attività fisica (es. giardinaggio, piccole pulizie domestiche)	1	2	3	4
5. Rispettare gli appuntamenti per le visite ed i controlli medici	1	2	3	4
6. Mangiare cibi con poco sale	1	2	3	4
7. Fare un po' di ginnastica per 30 minuti al giorno	1	2	3	4
8. Prendere le medicine prescritte	1	2	3	4
9. Mangiare cibi con poco sale quando è fuori casa (al ristorante, a casa di amici ecc.)	1	2	3	4
10. Utilizzare un sistema che l'aiuta a ricordare di prendere le medicine? (ad esempio, scrivendo gli orari sulle scatole dei farmaci).	1	2	3	4

SEZIONE B:

Molti pazienti hanno dei sintomi dovuti allo scompenso cardiaco, come problemi di respirazione e caviglie gonfie.

Nel mese scorso **la persona che assiste** ha avuto problemi respiratori o gonfiore alle caviglie? (Segnare solo una risposta).

0) No

1) Sì (se ha risposto “no” alla domanda precedente passi alla Sezione C, pagina seguente)

11. Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, **quanto rapidamente** lei che lo assiste ha riconosciuto che i problemi respiratori o il gonfiore alle caviglie fossero dei sintomi dello scompenso cardiaco?

Non li ha avuti	Non li ho riconosciuti	Non rapidamente	Abbastanza rapidamente	Rapidamente	Molto rapidamente
N/A	0	1	2	3	4

Se la persona assistita ha affanno o caviglie gonfie, con che probabilità lei che lo assiste **raccomanda (o mette in atto)** uno dei seguenti rimedi?

	Improbabile	Abbastanza Probabile	Probabile	Molto Probabile
12. Ridurre il sale nella dieta	1	2	3	4
13. Bere di meno	1	2	3	4
14. Prendere un compressa di diuretico in più (per urinare di più)	1	2	3	4
15. Chiamare il medico o l’infermiere per chiedere cosa fare	1	2	3	4

16. Pensi all’ultima volta in cui lei ha provato uno dei rimedi appena elencati a causa dell’affanno o delle caviglie gonfie.

Quanto è sicuro/convinto che il rimedio attuato sia stato utile alla persona che assiste?

Non ho attuato alcun	Non sicuro	Poco sicuro	Sicuro	Molto sicuro
----------------------	------------	-------------	--------	--------------

rimedio				
0	1	2	3	4

SEZIONE C:

In generale, **in riferimento alla persona che assiste**, lei ritiene di essere in grado di:

	No	Qualche volta	Frequente mente	Quasi Sempre
17. Prevenire l'insorgenza dei sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
18. Seguire i consigli terapeutici che sono stati dati?	1	2	3	4
19. Valutare l'importanza dei sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
20. Riconoscere i cambiamenti della salute della persona che assiste?	1	2	3	4
21. Fare qualcosa per alleviare i sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
22. Valutare l'efficacia dei rimedi attuati?	1	2	3	4