

## SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX

*Tutte le risposte sono confidenziali*

Data \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

La invitiamo a pensare a come si è sentito nel corso dell'**ultimo mese** ed a rispondere alle seguenti domande.

### SEZIONE A:

Qui sotto sono elencati dei comportamenti che le persone con scompenso cardiaco mettono in atto per aiutare sé stesse. Quanto spesso lei effettua quanto segue?

|  | Mai |   | Qualche volta |   | Sempre |
|--|-----|---|---------------|---|--------|
| 1. Cercare di evitare di ammalarsi (ad es. lavandosi frequentemente le mani)?            | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 2. Fare un pò di ginnastica (ad es. Camminare a passo veloce o salire le scale)?         | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 3. Seguire una dieta con poco sale?  | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 4. Vedere il suo medico regolarmente per i controlli medici?                             | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 5. Prendere le medicine prescritte senza dimenticarle nemmeno una volta?                 | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 6. Chiedere cibi senza sale quando mangia fuori casa?                                    | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 7. Eseguire la vaccinazione per l'influenza ogni anno?                                   | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 8. Chiedere cibi con poco sale quando va a casa di parenti o amici?                      | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 9. Utilizzare un sistema che la aiuta a ricordare di prendere le sue medicine?           | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 10. Chiedere al suo medico o infermiere informazioni riguardanti le medicine che prende? | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |

## SEZIONE B:

Qui sotto sono elencate delle cose che le persone con scompenso cardiaco in genere tengono sotto controllo. Quanto spesso lei effettua quanto segue?

|  | Mai |   | Qualche volta |   | Sempre |
|--|-----|---|---------------|---|--------|
| 11. Controllare il peso tutti i giorni?  | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 12. Fare attenzione ai cambiamenti della sua salute?   | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 13. Fare attenzione agli effetti collaterali delle medicine?                                   | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 14. Notare se si stanca più del solito nel fare le normali attività?                           | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 15. Chiedere al suo medico o infermiere come sta andando la sua salute?                        | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 16. Controllare attentamente i sintomi?  | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 17. Controllare se ha le caviglie gonfie?  | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 18. Controllare se le viene l'affanno quando effettua alcune attività come lavarsi e vestirsi? | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |
| 19. Scrivere da qualche parte i sintomi che ha?  | 1   | 2 | 3             | 4 | 5      |

L'ultima volta che lei ha avuto sintomi ...

(fare un cerchio su un numero)

|   | Non ho avuto sintomi | Non ho riconosciuto i sintomi | Non velocemente | Abbastanza velocemente |   |   | Molto velocemente |
|---|----------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------|---|---|-------------------|
| 20. Quanto velocemente si è accorto di avere sintomi?                                   | N/A                  | 0                             | 1               | 2                      | 3 | 4 | 5                 |
| 21. Quanto velocemente si è accorto che i sintomi erano dovuti allo scompenso cardiaco? | N/A                  | 0                             | 1               | 2                      | 3 | 4 | 5                 |

## SEZIONE C:

Qui sotto sono riportati dei comportamenti che le persone con scompenso cardiaco mettono in atto per ridurre i sintomi dello scompenso cardiaco. **Quando lei ha sintomi, con che probabilità mette in atto uno dei seguenti comportamenti?**

(fare un cerchio su **un** numero per ogni comportamento)

|  | Non<br>probabile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Abbastanza<br>probabile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto<br>probabile |
|--|------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 22. Limitare ulteriormente il sale nella dieta il giorno in cui hai avuto sintomi? | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |   |                         |   |   |   |   |   |                    |
| 23. Bere di meno?  | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |   |                         |   |   |   |   |   |                    |
| 24. Prendere una medicina?   | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |   |                         |   |   |   |   |   |                    |
| 25. Chiamare il medico o l'infermiere per chiedere cosa fare?                      | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |   |                         |   |   |   |   |   |                    |
| 26. Chiedere un consiglio ad un familiare o ad un amico?                           | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |   |                         |   |   |   |   |   |                    |
| 27. Cercare di capire perchè lei ha sintomi?                                       | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |   |                         |   |   |   |   |   |                    |
| 28. Limitare la sua attività finchè non si sente meglio?                           | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |   |                         |   |   |   |   |   |                    |

**Pensi a quello che ha fatto l'ultima volta che ha avuto sintomi ...** (fare un cerchio su un numero)

|  | Non ho fatto<br>nulla | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Abbastanza | Molto |
|--|-----------------------|---|---|---|---|---|---|------------|-------|
| 29. Quello che ha fatto l'ultima volta che ha avuto sintomi l'ha fatta sentire meglio? | 0                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |   |            |       |