



**IN COLLABORAZIONE CON**  
**THE UNIVERSITY**  
*of* **NORTH CAROLINA**  
*a* **CHAPEL HILL**

## **STARx Questionario per i genitori**

***UNA TRANSIZIONE FACILE ALLA ETA' ADULTA IN CORSO DI TERAPIA=RX***

***SMOOTH TRANSITION TO ADULTHOOD WITH RX=TREATMENT***

Sezione 1 Istruzioni:

- **Quanto spesso tua figlia/tuo figlio ha eseguito ciascuna di queste azioni?**
- **Per favore segna quella che mostra quanto spesso tua figlia/tuo figlio ha eseguito ciascuna azione negli ultimi 3 mesi**

|  | Mai                   | Quasi Mai             | Qualche Volta         | Quasi Sempre          | Sempre                | Non necessario per mia figlia/mio figlio |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| 1. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha fatto uno sforzo per capire che cosa il medico le/gli ha detto?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |
| 2. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha assunto i suoi farmaci da sola/solo   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |
| 3. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha fatto domande al suo medico o infermiere sulla sua malattia, i suoi farmaci, le sue cure mediche?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |
| 4. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha preso i suoi appuntamenti?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |
| 5. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha avuto bisogno che qualcuno le/gli ricordasse di prendere i suoi farmaci?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |
| 6. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha usato/usa strumenti quali i portapillole, programmi, o sveglie per aiutarsi a prendere le sue medicine quando dovrebbe farlo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |

Creato da Maria E. Díaz-González de Ferris, MD, MPH, PhD con l'assistenza di Sue Tolleson-Rinehart, PhD; Ms. Kristi Bickford; Carol Ford, MD; Caroline Jennette, MSW; Susan Hogan, PhD; Donna Harward, MEd; Nicole Fenton, PhD; Bradley Layton, PhD; Lynn McCoy, RN; Mr. James O'Neill, Mr. Robert Imperial, i pazienti adolescenti della UNC e Teresa Edwards

Versione 4.0\_18\_03\_21

7. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha usato internet, libri o altre guide per capire di più sulla sua malattia?
8. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha dimenticato di prendere le sue medicine?
9. Quanto spesso tua/tuo figlia/o ha collaborato con il suo dottore per prendersi cura di nuovi problemi di salute che sono sorti?

Sezione 2 Istruzioni:

- **Alcuni pazienti sono molto informati sulla propria salute mentre altri no.**
- **Quanto ne sa tua figlia/tuo figlio?**
- **Scegli la risposta che meglio descrive tua figlia/tuo figlio**

|   | Nulla                 | Non Molto             | Un pochino            | Qualcosa              | Molto                 | Non necessario per mia figlia/mio figlio |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| 10. Quanto ne sa tua figlia/tuo figlio sulla sua malattia?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |
| 11. Quanto ne sa tua figlia/tuo figlio di come occuparsi della sua malattia?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |
| 12. Quanto ne sa tua figlia/tuo figlio su cosa può succedere se non prende le sue medicine? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                    |

Sezione 3 Istruzioni:

- **Alcuni pazienti possono trovare difficile fare alcune cose**
- **Quanto facile o difficile è per tua figlia/tuo figlio eseguire queste azioni?**
- **Indicare ciò che meglio descrive quanto facile o difficile pensi questo sia/sarà per tua figlia/tuo figlio**

|   | Molto<br>Difficile    | Abbastanza<br>Difficile | Nè Difficile<br>nè Facile | Abbastanza<br>Facile  | Molto Facile          | Non necessario<br>per mia<br>figlia/mio figlio |
|---|-----------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| 13. Quanto facile o difficile è per tua figlia/tuo figlio parlare al suo medico?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          |
| 14. Quanto facile o difficile è per tua figlia/tuo figlio fare un piano con il suo dottore per prendersi cura della sua salute? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          |
| 15. Quanto facile o difficile è per tua figlia/tuo figlio andare dal suo dottore da sola/solo                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          |
| 16. Quanto facile o difficile è per tua figlia/tuo figlio assumere le sue medicine nel modo corretto?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          |
| 17. Quanto facile o difficile è per tua figlia/tuo figlio prendersi cura di sé stessa/stesso?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          |
| 18. Quanto facile o difficile sarà per tua figlia/tuo figlio passare da un centro pediatrico ad un centro per adulti?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                          |