



## PASSAGGIO DALLE CURE PEDIATRICHE ALLE CURE DELL'ADULTO IN EPILESSIA

*Questionario dedicato alla persona con epilessia*

▪ **Genere**

- M
- F
- Altro

• **Età**

- 16-17 aa
- 18-22 aa
- 22-25 aa
- >25 aa

• **Titolo di studio**

- Licenza media inferiore
- Licenza media superiore
- Frequenza Università
- Altro \_\_\_\_\_

• **Occupazione attuale:**

- Studio
- Lavoro
- Altro \_\_\_\_\_

• **Hai fratelli/sorelle?**

- Si
- No

• **Con chi vivi?**

---



La fiducia nella **transizione** in epilessia

- **In famiglia sono presenti componenti con disabilità?**

- Si
- No

- **I tuoi genitori sono conviventi?**

- Si
- No

- **Titolo di studio genitore 1**

- Licenza media inferiore
- Licenza media superiore
- Laurea
- Altro \_\_\_\_\_

- **Titolo di studio genitore 2**

- Licenza media inferiore
- Licenza media superiore
- Laurea
- Altro \_\_\_\_\_

- **Professione genitore 1**

\_\_\_\_\_

- **Professione genitore 2**

\_\_\_\_\_

- **L'epilessia è vissuta negativamente all'interno della tua famiglia?**

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

- **Sei autonomo nelle attività quotidiane?**

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre



• **L'epilessia ti fa perdere fiducia nel futuro?**

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

• **Quanto sei soddisfatto del tuo stato di salute?**

(voto da 1 a 4; 1=insufficiente; 2=sufficiente; 3=buono; 4= ottimo)

1

2

3

4

• **Quanto impatta l'epilessia nel tuo quotidiano?**

(voto da 1 a 4; 1=molto poco/per nulla; 2=poco; 3=abbastanza; 4= molto)

1

2

3

4

• **Su quali aspetti impatta l'epilessia nel tuo quotidiano? (possibile risposta multipla)**

- nessuno
- stanchezza
- pensieri negativi
- difficoltà di concentrazione
- instabilità
- abitudini alimentari
- attività fisica
- sessualità/libido
- altro \_\_\_\_\_

• **Hai timore che arrivi una nuova crisi?**

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

• **Pensi che la terapia abbia effetti negativi sulla tua qualità di vita?**

- Si
- No

• **Hai paura di cambiare la terapia attuale?**

- Si
- No



- **Sei autonomo nell'assunzione della terapia?**
  - Si
  - No
  
- **Hai altri problemi fisici o psicologici?**
  - Si
  - No
  
- **Prendi farmaci per altre malattie?**
  - Si
  - No
  
- **Ti preoccupa il passaggio all'ambulatorio dell'adulto?**
  - Si
  - No
  
- **Quante ore dormi?**

---
  
- **Ti svegli ben riposato?**
  - Mai
  - Qualche volta
  - Spesso
  - Sempre
  
- **Hai sonnolenza diurna?**
  - Mai
  - Qualche volta
  - Spesso
  - Sempre
  
- **Hai persone su cui puoi contare in caso di bisogno?**
  - Si
  - No



- **Hai amici?**
  - Si
  - No
- **Se sì, i tuoi amici sono a conoscenza che soffi di epilessia?**
  - Si
  - No
- **L'epilessia influisce o ha influito sul tuo rendimento scolastico /universitario?**
  - Mai
  - Qualche volta
  - Spesso
  - Sempre
- **Hai, o hai avuto difficoltà a gestire l'epilessia a scuola/ università?**
  - Mai
  - Qualche volta
  - Spesso
  - Sempre
- **Hai, o hai avuto un insegnante di sostegno o un piano didattico personalizzato?**
  - Si
  - No
- **Hai avuto difficoltà a trovare/gestire un lavoro a causa dell'epilessia?**
  - Mai
  - Qualche volta
  - Spesso
  - Sempre
- **Pensi di avere in futuro difficoltà a trovare/gestire un lavoro a causa dell'epilessia?**
  - Si
  - No
- **Credi che ci sia una corretta informazione/conoscenza sull'epilessia?**
  - Mai
  - Qualche volta
  - Spesso
  - Sempre



- **Credi sia utile avere rapporti con un'Associazione di pazienti?**
  - Si
  - No
- **Fai parte di una community sull'epilessia?**
  - Si
  - No
- **Se pratichi sport, ha avuto difficoltà nell'ottenere il giudizio di idoneità agonistica da parte dello specialista in medicina dello sport?**
  - Si
  - No
- **Sei informato su come puoi ottenere la patente di guida?**
  - Si
  - No

**Inquadra il QR code per scaricare il questionario:**

