



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?**

- Sì ☐
- No ☐

• **I tuoi genitori sono conviventi?**

- Sì ☐
- 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?**

- Sì ☐
- No ☐

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

- Sì ☐
- No ☐



• **Sei autonomo nell'assunzione della terapia?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Hai altri problemi fisici o psicologici?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Prendi farmaci per altre malattie?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Ti preoccupa il passaggio all'ambulatorio dell'adulto?**

- Sì ☐
- 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?**

- Sì ☐
- No ☐



- **Hai amici?**
 - Sì ☐
 - No ☐

- **Se sì, i tuoi amici sono a conoscenza che soffri di epilessia?**
 - Sì ☐
 - 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?**
 - Sì ☐
 - 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?**
 - Sì ☐
 - 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 pratici 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:

