



PASSAGGIO DALLE CURE PEDIATRICHE ALLE CURE DELL'ADULTO IN EPILESSIA

Questionario dedicato al caregiver della 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 ☐
- Altro _____

• **Occupazione attuale:**

- Studio ☐
- Lavoro ☐
- Altro _____

• **Ha fratelli/sorelle?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Con chi vive?**



• **I genitori sono conviventi?**

- Sì ☐
- No ☐

• **In famiglia sono presenti altri componenti con disabilità?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Chi è il caregiver?**

• **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 della persona di cui si occupa è vissuta negativamente all'interno della sua famiglia?**

- Mai ☐
- Qualche volta ☐
- Spesso ☐
- Sempre ☐



- **La persona con epilessia di cui si occupa richiede assistenza continua nelle attività quotidiane?**
 - Sì ☐
 - No ☐

- **La persona con epilessia ha ridotta autonomia per:**
 - Disabilità motoria? Si ☐ No ☐
 - Disabilità cognitiva? Si ☐ No ☐
 - Disabilità comportamentale? Si ☐ No ☐

- **Ci sono momenti di difficoltà tra lei e la persona di cui si occupa??**
 - Mai ☐
 - Qualche volta ☐
 - Spesso ☐
 - Sempre ☐

- **Pensa che la terapia abbia effetti negativi sulla qualità di vita della persona di cui si occupa?**
 - Mai ☐
 - Qualche volta ☐
 - Spesso ☐
 - Sempre ☐

- **Ha timore di cambiare la terapia attuale della persona di cui si occupa?**
 - Mai ☐
 - Qualche volta ☐
 - Spesso ☐
 - Sempre ☐

- **La persona di cui si occupa soffre di altre malattie fisiche e/o psichiatriche?**
 - Sì ☐
 - No ☐

- **Se sì, prende altri farmaci oltre a quelli per l'epilessia?**
 - Sì ☐
 - No ☐



• **La persona necessita di riabilitazione?**

- Sì ☐
- No ☐

• **La persona è autonoma nell'assunzione della terapia?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Teme per il passaggio della persona all'ambulatorio dell'adulto?**

- Mai ☐
- Qualche volta ☐
- Spesso ☐
- Sempre ☐

• **C'è preoccupazione per la gestione del futuro della persona, quando rimarrà sola?**

- Mai ☐
- Qualche volta ☐
- Spesso ☐
- Sempre ☐

• **La persona segue una dieta particolare?**

- Mai ☐
- Qualche volta ☐
- Spesso ☐
- Sempre ☐

• **La persona dorme bene?**

- Mai ☐
- Qualche volta ☐
- Spesso ☐
- Sempre ☐

• **La persona soffre di sonnolenza diurna?**

- Mai ☐
- Qualche volta ☐
- Spesso ☐
- Sempre ☐



• **C'è, o c'è stata difficoltà nel gestire la persona nel percorso scolastico?**

- Mai ☐
- Qualche volta ☐
- Spesso ☐
- Sempre ☐

• **La persona ha una certificazione di invalidità?**

- Sì ☐
- No ☐

• **La persona ha un'indennità di accompagnamento?**

- Sì ☐
- No ☐

• **La persona ha un tutore legale?**

- Sì ☐
- No ☐

• **La persona si appoggia a centri di supporto nel tempo libero?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Crede sia utile avere rapporti con un'Associazione di pazienti?**

- Sì ☐
- No ☐

• **Fa parte, come caregiver, di una community sull'epilessia?**

- Sì ☐
- No ☐

Inquadra il QR code per scaricare il questionario:

