



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?**

- Si
- No

• **Con chi vive?**



• **I genitori sono conviventi?**

- Si
- No

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

- Si
- 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?**
 - Si
 - 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?**
 - Si
 - No

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



- **La persona necessita di riabilitazione?**
 - Si
 - No
- **La persona è autonoma nell'assunzione della terapia?**
 - Si
 - 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?**
 - Si
 - No
- **La persona ha un'indennità di accompagnamento?**
 - Si
 - No
- **La persona ha un tutore legale?**
 - Si
 - No
- **La persona si appoggia a centri di supporto nel tempo libero?**
 - Si
 - No
- **Crede sia utile avere rapporti con un'Associazione di pazienti?**
 - Si
 - No
- **Fa parte, come caregiver, di una community sull'epilessia?**
 - Si
 - No

Inquadra il QR code per scaricare il questionario:

