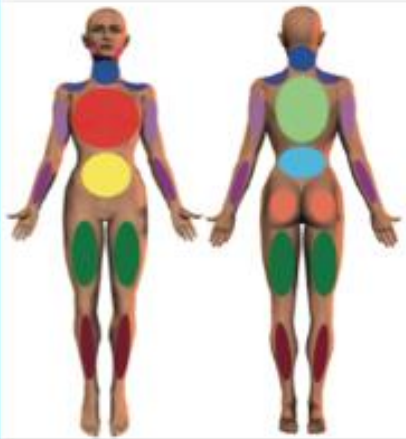


CARO PAZIENTE RISPONDI ALLE SEGUENTI DOMANDE, CI SERVIRÀ PER CAPIRE LA SEVERITÀ DELLA TUA MALATTIA DATA.....

Indice di Diffusione del Dolore (Widespread Pain Index-WPI)

(1 punto per ogni casella spuntata; Range di punteggio: 0-19)

1- Indicare se si è provato dolore o indolenzimento nel corso degli ultimi 7 giorni, nelle aree riportate in figura. Spuntare le caselle in corrispondenza di ogni area interessata dal dolore o dall'indolenzimento.



| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cingolo scapolare sinistro | <input type="checkbox"/> | Anca (gluteo, trocantere) sinistra | <input type="checkbox"/> | Mascella sinistra |
| <input type="checkbox"/> | Cingolo scapolare destro | <input type="checkbox"/> | Anca (gluteo, trocantere) destra | <input type="checkbox"/> | Mascella destra |
| <input type="checkbox"/> | Braccio sinistro | <input type="checkbox"/> | Coscia sinistra | <input type="checkbox"/> | Torace |
| <input type="checkbox"/> | Braccio destro | <input type="checkbox"/> | Coscia destra | <input type="checkbox"/> | Addome |
| <input type="checkbox"/> | Avambraccio sinistro | <input type="checkbox"/> | Gamba sinistra | <input type="checkbox"/> | Area Dorsale |
| <input type="checkbox"/> | Avambraccio destro | <input type="checkbox"/> | Gamba destra | <input type="checkbox"/> | Area Lombare |
| <input type="checkbox"/> | Collo | Punteggio: _____/19 aree | | | |

Indice di Gravità dei Sintomi (Symptom Severity Scale-SSS)

(Range di punteggio: 0-12)

2- Per ognuno dei sintomi elencati esprimere la loro gravità nel corso degli ultimi 7 giorni, utilizzando la scala di seguito riportata.

0= *Nessun problema*

1= *Problema lieve*: generalmente lieve e intermittente

2= *Problema moderato*: disturbo di considerevole entità; presente spesso e/o di grado moderato

3= *Problema grave*: continuo, che ostacola le attività della vita quotidiana

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Astenia, spossatezza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Difficoltà di concentrazione, perdita di memoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Stanchezza al risveglio, sonno non ristoratore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3- Indicare la presenza o assenza dei 3 sintomi (D, E, F) negli ultimi sei mesi

| | Assente | Presente |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| D. Dolori o crampi addominali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Depressione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Emicrania, cefalea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Criteri aggiuntivi (senza punteggio)

4- I sintomi delle domande 2 e 3 e il dolore diffuso sono stati avvertiti per almeno tre mesi? Sì No

5- E' presente una patologia che può motivare il dolore avvertito? Sì No

Punteggio Totale _____/31