

Anagrafica 1

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Contatto	<input type="text"/>
Data di Nascita	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Città	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina

Compilare e spedire scannerizzato in unico file PDF a: roberto.gorla@asst-spedalivicivi.it

Anagrafica 2

Fumo

- Non fumatore
- Fumatore

Consumo di alcool

- Astemio
- ≤ 2 bicchieri al giorno
- > 2 bicchieri al giorno

Istruzione

- Non scolarizzato
- Licenza media
- Diploma
- Laurea

Indici Biometrici

Altezza

Peso

BMI (kg/m²)

WPI: presenza del dolore in 19 aree specifiche, con punteggio da 0 a 19

(*mettere una croce vicino alla zona dolorante*)

Spalla sinistra	Gamba sinistra
Spalla destra	Gamba destra
Braccio sinistro	Mascella sinistra
Braccio destro	Mascella destra
Avambraccio sinistro	Petto
Avambraccio destro	Addome
Anca sinistra	Colonna vertebrale cervico-dorsale
Anca destra	Colonna vertebrale lombosacrale
Coscia sinistra	Collo
Coscia destra	

Per soddisfare i criteri per la diagnosi di FM il paziente deve avere:

7 o più aree dolenti e il punteggio della gravità dei sintomi, maggiore o uguale a 5 (**WPI \geq 7 e SS \geq 5**);

oppure da 3 a 6 aree dolenti e il punteggio della gravità dei sintomi maggiore o uguale a 9 (**WPI 3- 6 e SS \geq 9**);

i sintomi devono esser presenti da almeno 3 mesi.

Nella valutazione della disabilità dei pazienti con FM si utilizza il *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*, scala di valutazione specifica che indaga la maggior parte dei problemi della FM. In tale scala (il cui punteggio va da 0 a 100) i pazienti con FM hanno punteggi intorno a 50 e quelli con FM severa possono presentare un punteggio superiore a 70.

SS

SCALA DI GRAVITÀ DEI SINTOMI

Per ciascuno dei seguenti sintomi indicare il grado di gravità durante l'ultima settimana utilizzando le seguenti scale (il punteggio va da 0 a 12):

- 1) Nessun problema
- 1) Problemi lievi, generalmente moderati o intermittenti
- 1) Problemi moderati, considerevoli, spesso presenti e/o a moderata intensità
- 1) Problemi gravi, penetranti, continui, che compromettono la qualità della vita

	0-Nessun problema	1-Problema lieve	2-Problema moderato	3-Problema grave
affaticabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svegliarsi non riposati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà a pensare o concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Negli ultimi 6 mesi ha avuto uno o più sintomi dei seguenti:

	0-NO	1-SÌ
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomi Depressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori o Crampi Addominali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-I sintomi da lei indicati si sono manifestati ad una simile intensità negli ultimi 3 mesi? SÌ NO

-Ha qualche altra malattia che potrebbe spiegare i sintomi indicati sopra? SÌ NO

Schema 2 – Scala di gravità dei sintomi di FM.

SS=Symptom Severity

Scala di autovalutazione della depressione (Zung)

Rispondi velocemente senza riflettere molto

	Mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1. Mi sento scoraggiato, depresso e triste	1	2	3	4
2. La mattina è il momento in cui mi sento peggio	1	2	3	4
3. Ho crisi di pianto o mi sento come se stessi per piangere	1	2	3	4
4. Ho problemi di sonno durante la notte	1	2	3	4
5. Continuo a mangiare tanto quanto mangiavo prima	4	3	2	1
6. Mi piace ancora avere rapporti sessuali	4	3	2	1
7. Ho notato che sto perdendo peso	1	2	3	4
8. Ho problemi di stipsi	1	2	3	4
9. Il mio cuore batte più velocemente del solito	1	2	3	4
10. Mi stanco senza motivo	1	2	3	4
11. La mia mente è lucida quanto prima	4	3	2	1
12. Trovo facile fare le cose che facevo prima	4	3	2	1
13. Sono agitato e non riesco a rimanere fermo	1	2	3	4
14. Sono ottimista riguardo al futuro	4	3	2	1
15. Sono più irritabile del solito	1	2	3	4
16. Trovo facile prendere decisioni	4	3	2	1
17. Mi sento utile e necessario	4	3	2	1
18. Ho una vita piuttosto intensa	4	3	2	1
19. Ho la sensazione che gli altri starebbero meglio se io morissi	1	2	3	4
20. Gradisco ancora fare le cose che facevo prima	4	3	2	1

Punteggio:

20-31 BASSO
32-43 MEDIO-BASSO
44-55 MEDIO
56-67 MEDIO-ALTO
68-80 ALTO

STAY 1

Cognome.....Nome.....Data.....

ISTRUZIONI:

Legga ciascuna frase riportata qui sotto e contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei si sente adesso, cioè in questo momento. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi attuali stati d'animo.

Tenga presente che:

1= Per nulla	2= Un po'	3=Abbastanza	4= Moltissimo
--------------	-----------	--------------	---------------

1.	Mi sento meglio	1	2	3	4
2.	Mi sento sicuro	1	2	3	4
3.	Sono teso	1	2	3	4
4.	Mi sento sotto pressione	1	2	3	4
5.	Mi sento tranquillo	1	2	3	4
6.	Mi sento turbato	1	2	3	4
7.	Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4
8.	Mi sento soddisfatto	1	2	3	4
9.	Mi sento intimorito	1	2	3	4
10.	Mi sento a mio agio	1	2	3	4
11.	Mi sento sicuro di me	1	2	3	4
12.	Mi sento nervoso	1	2	3	4
13.	Sono agitato	1	2	3	4
14.	Mi sento indeciso	1	2	3	4
15.	Sono rilassato	1	2	3	4
16.	Mi sento contento	1	2	3	4
17.	Sono preoccupato	1	2	3	4
18.	Mi sento confuso	1	2	3	4
19.	Mi sento disteso	1	2	3	4
20.	Mi sento bene	1	2	3	4

Punteggio: _____

40-50 LIEVE
50-60 MODERATA
> 60 GRAVE

The Insomnia Severity Index

Data compilazione: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Età: _____

Sesso: F M

1. Valuti la gravità attuale (ultime 2 settimane) dei suoi problemi d'insonnia

	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
a) Difficoltà ad addormentarsi	0	1	2	3	4
b) Difficoltà a restare addormentato	0	1	2	3	4
c) Risveglio troppo precoce	0	1	2	3	4

2. Quanto si sente soddisfatto/insoddisfatto del suo attuale sonno?

Molto soddisfatto	Soddisfatto	Neutro	Non molto soddisfatto	Molto insoddisfatto
0	1	2	3	4

3. In quale misura ritiene che il problema di sonno interferisca con la sua efficienza diurna (per es., affaticamento diurno, capacità di svolgere lavoro/faccende di casa, concentrazione, memoria, umore ecc.)?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

4. Quanto pensa che il suo problema di sonno sia evidente agli altri, in termini di peggioramento della qualità della sua vita?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

5. Quanto si sente preoccupato/stressato a causa del suo attuale problema di sonno?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

Terapia assunta per il sonno (melatonina, valeriana, farmaci): _____

Linee guida per il calcolo del punteggio e l'interpretazione

Sommate i punteggi di tutti e sette i punti (1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = Il punteggio totale va da 0 a 28; valutare come segue:

0-7 = assenza d'insonnia clinicamente significativa

8-14 = insonnia al di sotto della soglia clinica

15-21 = insonnia clinica (media gravità)

22-28 = insonnia clinica (grave)

Diagnosi e Terapia in atto

- Diagnosi
- Criteri ACR 1990
 - Criteri ACR 2010
 - Criteri ACR 2011
 - Criteri ACR 2016
 - Criteri AAPT 2018

Data della diagnosi

- Terapia Farmacologica
- Specificare Dose*
- Gabapentina
 - Pregabalin
 - Duloxetina
 - Amitriptilina
 - Ciclobenzaprina
 - Venlafaxina
 - Fluoxetina
 - Paroxetina
 - Tramadolo
 - Cannabinoidi
 - Altro*

* se ALTRO specificare:

- Terapia NON Farmacologica
- Attività fisica aerobica
 - Attività fisica adattata (AFA)
 - Idrochinesiterapia
 - Agopuntura
 - Terapia cognitiva-comportamentale
 - Altro*

* se ALTRO specificare:

Non compilare

REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE

Dominio 1- Funzione fisica

Per ognuna delle seguenti NOVE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere un solo numero).

1. Spazzolare o pettinare i capelli

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

2. Camminare ininterrottamente per 20 minuti

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

3. Preparare i pasti

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

4. Passare l'aspirapolvere e lavare i pavimenti

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

5. Sollevare e portare le borse della spesa

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

6. Salire un piano di scale

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

7. Cambiare le lenzuola del letto

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

8. Stare seduto su una sedia per almeno 45 minuti

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

9. Andare a fare la spesa

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

Dominio 2- Stato di salute generale

Per ognuna delle seguenti DUE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere un solo numero).

10. La fibromialgia mi ha impedito di portare a termine i lavori/compiti della settimana

Mai 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre

11. Sono stato completamente sopraffatto dai sintomi della fibromialgia

Mai 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre

Dominio 3- Sintomi

Per ognuna delle seguenti DIECI domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere un solo numero).

12. Assegna un punteggio al suo livello di dolore

Nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estremo dolore

13. Assegna un punteggio al suo livello di stanchezza

Nessuna stanchezza 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema stanchezza

14. Assegna un punteggio al suo livello di rigidità

Nessuna rigidità 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema rigidità

15. Assegna un punteggio alla qualità del suo sonno

Ben riposato al risveglio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estremamente stanco/a al risveglio

16. Assegna un punteggio al suo grado di depressione

Per nulla depresso/a 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estremamente depresso/a

17. Assegna un punteggio ai suoi problemi di memoria

Buona memoria 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Scarsissima memoria

18. Assegna un punteggio al suo grado d'ansia

Per nulla ansioso/a 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estremamente ansioso

19. Assegna un punteggio al suo livello di dolorabilità (dolore percepito al tatto)

Nessuna dolorabilità 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema dolorabilità

20. Assegna un punteggio ai suoi disturbi di equilibrio

Nessun problema di difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Scarsissimo equilibrio

21. Assegna un punteggio al livello delle sue sensibilità ai rumori, alle luci, agli odori ed al freddo

Nessuna sensibilità 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

2009 MODIFIED FIBROMYALGIA ASSESSMENT STATUS (2009 ModFAS)

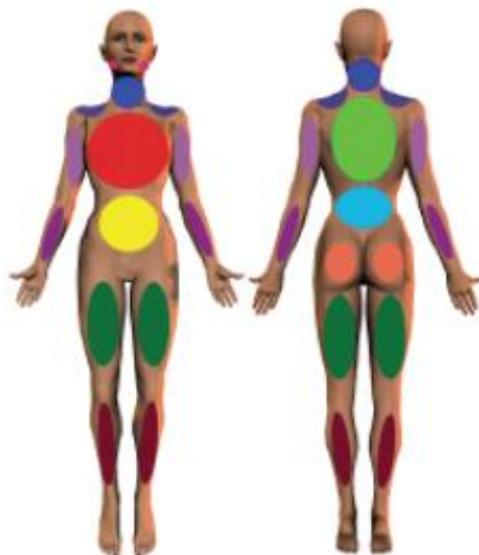
Indichi, nelle rispettive caselle, il suo livello di *Stanchezza* avvertito nel corso degli ultimi 7 giorni.

Nessuna stanchezza 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massima stanchezza immaginabile

Indichi, nelle rispettive caselle, il suo livello di *disturbo del Sonno* avvertito nel corso degli ultimi 7 giorni.

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massima difficoltà immaginabile

Indichi, nelle rispettive caselle, se ha provato dolore nelle aree riportate in figura nel corso degli ultimi 7 giorni.



- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Spalla sinistra | <input type="radio"/> Anca sinistra |
| <input type="radio"/> Spalla destra | <input type="radio"/> Anca destra |
| <input type="radio"/> Braccio sinistro | <input type="radio"/> Coscia sinistra |
| <input type="radio"/> Braccio destro | <input type="radio"/> Coscia destra |
| <input type="radio"/> Avambraccio sinistro | <input type="radio"/> Gamba sinistra |
| <input type="radio"/> Avambraccio destro | <input type="radio"/> Gamba destra |
| <input type="radio"/> Collo | <input type="radio"/> Mascella sinistra |
| <input type="radio"/> Addome | <input type="radio"/> Mascella sinistra |
| <input type="radio"/> Area Dorsale | <input type="radio"/> Torace |
| <input type="radio"/> Area Lombare | <input checked="" type="radio"/> Punteggio: ____/19 |

Percezione dello stato di salute:

Come giudica la sua salute in generale in relazione ai problemi dovuti alla FIBROMIALGIA nel corso dell'ultima settimana?

- Molto Buona
- Buona
- Passabile
- Scadente
- Molto Scadente

Accettabilità dello stato di salute (PASS - Patient Acceptable Symptom State):

Nell'ultima settimana considerando i problemi dovuti alla fibromialgia (DOLORE MUSCOLARE DIFFUSO, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' A DORMIRE, ecc.) ritiene soddisfacente il suo attuale stato di salute?

- Sì
- No

Clinimetria

FIQ-R totale
(0-100)

FIQ-R Funzione fisica (0-30)

FIQ-R Stato generale di salute (0-20)

FIQ-R Sintomi (0-50)

Valori soglia di severità di malattia secondo il FIQ-R



0-23
Assente



24-40
Lieve



41-63
Moderata



64-82
Severa



>82
Molto severa

PDS
(0-31)

WPI (0-19)

SSS (0-12)

Valori soglia di severità di malattia secondo il PDS



0-5
Assente



6-15
Lieve



16-20
Moderata



21-25
Severa



>25
Molto severa

FAS modificato
(0-39)

Sonno (0-10)

Fatica (0-10)

WPI (0-19)

Valori soglia di severità di malattia secondo il FASmod



0-12
Assente



13-20
Lieve



21-28
Moderata



29-33
Severa



>33
Molto severa

Non compilare

“Scannerizzare” ed inviare in unico file PDF al Dr. Gorla
roberto.gorla@asst-spedali civili.it