

Misura degli esiti riferiti dalla famiglia (FROM-16)[©]

Riservato

Le seguenti domande riguardano il modo in cui la **Sua** vita è **attualmente** influenzata dalla condizione del/della Suo/a familiare.

La preghiamo di selezionare una casella per ciascuna delle 16 domande.

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

La Sua età: _____

Il Suo genere: Maschio / Femmina

Il Suo rapporto con il/la paziente: _____

Diagnosi del/della paziente: _____

Parte 1: Aspetti emotivi

A causa della condizione del/della mio/a familiare...

Per niente Un po' Molto

1.	Mi sento preoccupato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Mi sento arrabbiato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Mi sento triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mi sento frustrato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	È difficile trovare qualcuno con cui parlare dei miei pensieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	È difficile prendersi cura del/della mio/a familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Vita privata e sociale

A causa della condizione del/la mio/a familiare...

Per niente Un po' Molto

7.	È difficile trovare del tempo per me stesso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	I miei spostamenti quotidiani ne risentono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Le mie abitudini alimentari ne risentono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Le mie attività familiari ne risentono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ho problemi ad andare in vacanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	La mia vita sessuale ne risente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Il mio lavoro o lo studio ne risentono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Le mie relazioni con gli altri familiari ne risentono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Le mie spese familiari sono aumentate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Il mio sonno ne risente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La preghiamo di controllare di aver risposto a tutte le domande. Grazie!

Solo per uso d'ufficio Punteggio per la parte 1 (su 12): _____ Punteggio per la parte 2 (su 20): _____ Punteggio totale (su 32): _____