

# Misura degli esiti riferiti dalla famiglia (FROM-16)<sup>©</sup>

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): \_\_\_\_\_