

Questionario sull'uso dei farmaci per l'HIV: HIVMQ

Questo questionario riguarda i suoi farmaci per l'HIV nonché l'esperienza che lei ha avuto con questi farmaci nelle ultime settimane.

L'infermiere/a scriverà il nome di ogni differente farmaco e la dose che le sono stati prescritti dai medici per il trattamento della sua HIV.

Per ciascuno dei diversi farmaci elencati di seguito, nei riquadri presenti sotto indichi:

Parte a) Se assume o meno questo farmaco.
Se non assume affatto il farmaco, salti le domande dalla (b) alla (f) e passi al farmaco che si trova nel riquadro successivo.

Parte b) Quanto spesso dovrebbe assumere questo farmaco.
Se il numero di volte al giorno in cui assume il farmaco varia, indichi quello più frequente.

Parte c) Quando dovrebbe assumere il farmaco (scriva in STAMPATELLO).

Parti dalla d) alla f): Faccia un cerchio attorno a un numero sulle scale che vanno da 0 (mai) a 6 (sempre).

Se sta assumendo qualche altro ulteriore farmaco per l'HIV, scriva il nome del farmaco in uno degli appositi riquadri aggiuntivi e completi le parti comprese dalla a) alla f) come sopra.

Continua alla pagina successiva...

NOT FOR USE: This copy is a sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com

Nome del farmaco n. 1: elencato dall'infermiere/a <input type="checkbox"/> o dal/dalla paziente <input type="checkbox"/>	Dose prescritta
<p>1a) Assume questo farmaco? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se no, passi al riquadro 2 qui sotto.</p> <p>1b) Con quale frequenza dovrebbe assumere questa dose? (la preghiamo di indicare il numero di volte) al giorno <input type="checkbox"/> alla settimana <input type="checkbox"/> al mese <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>1c) Quando dovrebbe assumere questo farmaco? (ad esempio la mattina, con la colazione, prima di mangiare oppure in qualsiasi momento)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>1d) Quanto spesso ha assunto questo farmaco esattamente come le è stato raccomandato? mai 0 1 2 3 4 5 6 sempre</p> <p>1e) Con quale frequenza trova scomodo oppure difficile assumere questo farmaco come le è stato raccomandato? mai 0 1 2 3 4 5 6 sempre</p> <p>1f) Quanto dolore/disagio ha provato relativamente alla somministrazione di questo farmaco? nessun dolore/disagio 0 1 2 3 4 5 6 molto dolore/disagio</p>	

For Information Only

NOT FOR USE: This copy is a sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com