

MLHFQ - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

Le seguenti domande chiedono quanto lo scompenso cardiaco abbia influenzato la tua vita durante l'ultimo mese (4 settimane).

Ad ogni domanda, cerchi 0,1,2,3,4 o 5 per mostrare quanto è stata influenzata la tua vita. Se una domanda non è applicabile, cerchi lo 0 come risposta.

	<i>Lo scompenso cardiaco ti ha impedito di vivere come volevi nell'ultimo mese:</i>	NO 0	POCO 1	2	3	4	MOLTO 5
1	provocando gonfiore alle caviglie o alle gambe?						
2	facendoti sedere o sdraiarti a riposare durante il giorno?						
3	rendendoti difficile camminare o salire le scale?						
4	rendendo difficile il tuo lavoro in casa o all'aperto?						
5	rendendo difficile i tuoi spostamenti lontano da casa?						
6	rendendo difficile il tuo sonno notturno?						
7	rendendo difficili i rapporti o il fare cose con i tuoi amici o con la tua famiglia?						
8	rendendo difficile il tuo lavoro per guadagnarti da vivere?						
9	rendendo difficili i tuoi passatempi ricreativi, sportivi o gli hobby?						
10	rendendo difficile la tua attività sessuale?						
11	facendoti mangiare meno il cibo che ti piace?						
12	facendoti mancare il fiato?						
13	rendendoti stanco, affaticato o con poche energie?						
14	facendoti ricoverare in ospedale?						
15	costandoti del denaro per le cure mediche?						
16	provocandoti effetti collaterali dei trattamenti?						
17	facendoti sentire un peso per la tua famiglia o per i tuoi amici?						
18	provocandoti una perdita di controllo della tua vita?						
19	facendoti preoccupare?						
20	rendendo difficile concentrarti o ricordare le cose?						
21	facendoti sentire depresso?						