

Fecal Incontinence Quality of Life Questionnaire (FIQL)

VERSIONE ITALIANA

Pretrattamento Post trattamento Follow-up 6 mesi Follow-up 1 anno

PAZIENTE _____ Et  _____ Sesso _____

Scolarit  _____ Durata incontinenza _____

Tipo di incontinenza _____ D-W pre _____ Wexner pre _____

Q1. In generale come definirebbe la sua salute

1 Eccellente 2 Molto buona 3 Buona 4 Discreta 5 Pessima

Q2. Risponda alle seguenti domande indicando come vengono limitate le sue attivit  a causa dell'incontinenza alle feci (se le attivit  vengono limitate da problemi diversi da quelli dell'incontinenza faccia una croce su "non mi riguarda").

	1	2	3	4	
	La maggior parte delle volte	Alcune volte	Poche volte	Mai	Non mi riguarda
Ho paura ad uscire di casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evito di fare visita agli amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evito di stare fuori la notte lontano da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi � difficile uscire di casa per andare al cinema o in chiesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangio di meno quando devo uscire di casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando sono fuori di casa cerco sempre di avere un bagno vicino (dove poter andare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' importante programmare le mie attivit� a causa della incontinenza fecale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evito di viaggiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sono preoccupato di non arrivare in tempo al gabinetto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mi sento come se non avessi nessun controllo sul mio intestino

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Non riesco a trattenere le feci per il tempo necessario a raggiungere il bagno

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Perdo le feci (mi sporco) senza accorgermi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Cerco di prevenire episodi di incontinenza stando molto vicino al bagno

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q3. In base al modo in cui l'incontinenza interferisce sulla sua vita, scelga la risposta che meglio descrive quanto siano vere o false le seguenti affermazioni

1	2	3	4	
Certamente vero	Quasi vero	Quasi falso	Falso	Non mi riguarda

Provo vergogna della mia incontinenza

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Non riesco a fare molte delle cose che vorrei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sono preoccupato di non riuscire a trattenere le feci (e di sporcarmi)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mi sento depresso

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sono preoccupato che gli altri sentano odore di feci su di me

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sento come se non fossi una persona sana

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gusto meno i piaceri della vita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ho meno rapporti sessuali di quanto vorrei (a causa della incontinenza)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mi sento diverso rispetto agli altri

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'incontinenza è per me un pensiero fisso

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ho paura ad avere rapporti sessuali

Evito di viaggiare in aereo o in treno

Evito di andare a mangiare fuori

Quando vado in un posto nuovo mi preoccupo di sapere dov'è il gabinetto

Q4. Nel meso scorso si è mai sentito/a così triste o scoraggiato/a, o senza speranza con così tanti problemi da pensare che niente più fosse importante?

Veramente d'accordo, sino al punto che stavo per mollare tutto

Moltissimo

Abbastanza

Qualche volta, abbastanza da infastidirmi

Un po'

Per niente

Domini

Lifestyle (10 domande): Q2a, Q2b, Q2c, Q2d, Q2e, Q2g, Q2h, Q3b, Q3l, Q3m

Copying/Behaviour (9 domande): Q2f, Q2i, Q2j, Q2k, Q2m, Q3c, Q3h, Q3j, Q3n

Depression/self perception (7 domande): Q1, Q3d, Q3f, Q3g, Q3i, Q3k, Q4

Embarassment (3 domande): Q2l, Q3a, Q3e.

SCORE TOTALE

Pretrattamento Post trattamento Follow-up 6 mesi 1 anno

LIFESTYLE

Pretrattamento Post trattamento Follow-up 6 mesi 1 anno

COPYING/BEHAVIOUR

Pretrattamento Post trattamento Follow-up 6 mesi 1 anno

DEPRESSION/SELF PERCEPTION

Pretrattamento Post trattamento Follow-up 6 mesi 1 anno

EMBARASSMENT

Pretrattamento Post trattamento Follow-up 6 mesi 1 anno