

## SURVEY IBS AIGO

Questa survey della Associazione Italiana dei Gastroenterologi ed endoscopisti Ospedalieri (AIGO), vuole essere uno strumento per valutare l'impatto della patologia sulla popolazione generale, anche in termini di qualità di vita, e ha l'obiettivo di migliorare l'inquadramento diagnostico e l'appropriatezza terapeutica nella gestione di questi pazienti.

La survey prevede la compilazione in modo anonimo di un breve questionario da parte del gastroenterologo del centro AIGO.

I dati saranno compilabili con un tempo medio di stesura della durata di pochi minuti.

### IMPORTANTE

1) Inserire le risposte in un UNICO COLLEGAMENTO, NON È POSSIBILE COMPILARE IL QUESTIONARIO IN PIÙ SESSIONI.

2) Nel caso si dovesse INTERROMPERE LA SESSIONE DI LAVORO sarà necessario RICOMPILARE IL QUESTIONARIO DALL'INIZIO.

3) Il questionario incompleto non sarà tenuto valido.

**\* Codice paziente (inserire un codice identificativo del paziente)**

**\* Data inserimento scheda**

GG MM AAAA

Inserire la data

 /  /

## Da compilare da parte del paziente - Hospital Anxiety And Depression Scale

### **\*HADS (Item 1) - Mi sono sentito teso e molto nervoso**

- (Per la maggior parte del tempo)
- Per molto tempo
- A volte
- Mai

### **\*HADS (Item 2) - Sono riuscito ancora a provare piacere per le cose che ho sempre fatto volentieri**

- Proprio come una volta
- Non proprio come una volta
- Solo in parte
- Per niente

### **\*HADS (Item 3) - Ho provato un sentimento di paura, come se potesse accadere qualcosa di terribile:**

- Sicuramente e in maniera intensa
- Sì, ma in maniera non troppo intensa
- Un po' ma non da preoccuparmene
- Per niente

### **\*HADS (Item 4) - Sono riuscito a ridere e a vedere il lato divertente delle cose:**

- Proprio come ho sempre fatto
- Non proprio come un tempo
- Sicuramente non come un tempo
- Per niente

### **\*HADS (Item 5) - Mi sono venuti in mente pensieri preoccupanti:**

- Per la maggior parte del tempo
- Per molto tempo
- A volte, ma non molto spesso
- Solo in qualche occasione

**\*HADS (Item 6) - Mi sono sentito di buon umore:**

- Mai
- Raramente
- A volte
- Per la maggior parte del tempo

**\*HADS (Item 7) - Ho potuto sedermi sentendomi rilassato e a mio agio:**

- Sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Mai

**\*HADS (Item 8) - Mi sono sentito rallentato nei movimenti:**

- Quasi sempre
- Molto spesso
- A volte
- Mai

**\*HADS (Item 9) - Mi sono sentito nervoso con un senso di tensione allo stomaco:**

- Mai
- A volte
- Piuttosto spesso
- Molto spesso

**\*HADS (Item 10) - Ho perso interesse per il mio aspetto fisico:**

- Completamente
- Non me ne prendo cura come al solito
- Forse non me ne prendo cura abbastanza
- Me ne prendo cura come al solito

**\*HADS (Item 11) - Mi sono sentito irrequieto e incapace di stare fermo:**

- Moltissimo
- Molto
- Non molto
- Per niente

**\*HADS (Item 12) - Ho pensato al futuro con ottimismo:**

- Così come ho sempre fatto
- Un po' meno di una volta
- Sicuramente meno di una volta
- Per niente

**\*HADS (Item 13) - Mi sono venute improvvise crisi di panico:**

- Molto spesso
- Piuttosto spesso
- Non molto spesso
- Mai

**\*HADS (Item 14) - Ho provato piacere leggendo un buon libro o seguendo la radio o la televisione:**

- Spesso
- A volte
- Non di frequente
- Molto raramente

**\*SF12 (Item 1) - In generale direbbe che la Sua salute sia:**

- Eccellente
- Molto buona
- Buona
- Passabile
- Scadente

**\*SF12 (Item 2) - La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta...)?**

- Sì, mi limita parecchio
- Sì, mi limita parzialmente
- No, non mi limita per nulla

**\*SF12 (Item 3) - La Sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale?**

- Sì, mi limita parecchio
- Sì, mi limita parzialmente
- No, non mi limita per nulla

**\*SF12 (Item 4) - Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa della Sua salute fisica?**

- SÌ
- NO

**\*SF12 (Item 5) - Nelle ultime 4 settimane, ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività a causa della Sua salute fisica?**

- SÌ
- NO

**\*SF12 (Item 6) - Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?**

- SÌ
- NO

**\*SF12 (Item 7) - Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?**

- SI
- NO

**\*SF12 (Item 8) - Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori causa)?**

- Per nulla
- Molto poco
- Un po'
- Molto
- Moltissimo

**\*SF12 (Item 9) - Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane, si è sentito calmo e sereno?**

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

**\*SF12 (Item 10) - Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane, si è sentito pieno di energia?**

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

**\*SF12 (Item 11) - Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane, si è sentito scoraggiato e triste?**

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

**\*SF12 (Item 12) - Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?**

- Sempre
- Quasi sempre
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai



## Da compilare da parte del paziente

**\* Qual è la gravità del suo dolore addominale?**

(escludendo il periodo del ciclo mestruale)

**0 - assente , 50 - abbastanza importante , 100 - molto importante**

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

                                      

**\* Su un periodo di dieci giorni, quanti giorni ha dolore addominale?**

Giorni

**\* Può quantificare la gravità della distensione addominale?**

(escludendo il periodo del ciclo mestruale)

**0 - assente , 50 - abbastanza importante , 100 - molto importante**

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

                                      

**\* Quanto è soddisfatto delle sue abitudini intestinali?**

(escludendo il periodo del ciclo mestruale)

**0 - per niente, 50 - abbastanza , 100 - completamente**

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

                                      

**\* Quanto l'intestino irritabile interferisce e condiziona il suo lavoro e le sue abitudini di vita?**

(escludendo il periodo del ciclo mestruale)

**0 - per niente, 50 - abbastanza , 100 - completamente**

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

## Da compilare da parte del centro AIGO

### \* Identificazione del centro

Nome struttura

Città

### \* Età del paziente

### \* Sesso

Maschio

Femmina

### \* Da quanti anni è stata posta la diagnosi di IBS al paziente ?

### \* Prima diagnosi ?

SI

NO

### \* Quante volte il paziente si è recato nell'ultimo anno dal medico di MMG per questo motivo ?

### \* Quante volte il paziente si è recato nell'ultimo anno dal Gastroenterologo per questo motivo ?

### \* Quanti giorni di lavoro ha perso il paziente nell'ultimo anno per questo motivo ?

### \* Negli ultimi tre mesi quante sono state in media le defecazioni del paziente per settimana ?

### \* In che percentuale il paziente ha avuto necessità di usare lassativi ?

0

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

## Scala Bristol

### SCALA di BRISTOL

Tipo 1		Grumi duri e separati, simili a noci (difficili da espellere)
Tipo 2		A forma di salsiccia, ma grumosa
Tipo 3		Simile ad una salsiccia, ma con crepe sulla superficie
Tipo 4		A forma di salsiccia o serpente, liscia e morbida
Tipo 5		Grumi morbidi con bordi ben definiti (si espelle facilmente)
Tipo 6		Pezzi lanuginosi con bordi frastagliati, feci pastose
Tipo 7		Acquosa, senza pezzi solidi. Interamente liquida

**\* Negli ultimi 3 mesi qual è stata in media la consistenza delle feci del paziente in base alla Scala Bristol ?**

Valore della scala di Bristol



## Da compilare da parte del centro AIGO - Esami eseguiti

Quali tra i seguenti esami ha eseguito il paziente ?

### \* Esami del sangue

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

### \* Esami delle feci

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

### \* Ecografia addome

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

### \* Tac addome

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

### \* Risonanza Magnetica

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

### \* Colon TC

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

### \* Clisma opaco

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

## \*Colonscopia

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

## \*Rettosigmoidoscopia

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

## \*Breath tests lattosio

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

## \*Altro esame ?

- NO
- SI (specificare la data nel formato GG/MM/AAAA)

## Da compilare da parte del centro AIGO - Esami richiesti

### \*Quali esami sono stati richiesti ?

- EEC
- Screening celiachia
- Coprocultura
- Ricerca parassiti nelle feci
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Ecografia addome
- Tac addominale e pelvi
- Risonanza magnetica addominale e pelvi
- RX Clisma opaco
- EGDS
- Rettosigmoidoscopia
- Colonscopia
- Colon TC
- Breath test lattosio
- Anoscopia
- Manometria anorettale
- Altro (specificare)

## Da compilare da parte del centro AIGO - Terapia in corso e consigliata

### \*Ci sono delle terapie in corso ?

- Nessuna
- Consigli dietetico/comportamentali
- Pre/pro biotici
- Fibre
- Lassativi stimolanti
- Macrogol
- Lattulosio/lattitolo
- Lassativi salini
- Clismi/microclismi/supposte
- Prucalopride
- Erbe mediche (erbe medicinali e fitoterapici)
- Counseling
- Agopuntura
- Psicoterapia
- Altro (specificare)

## \* Sono state consigliate terapie al termine della visita ?

- Nessuna
- Consigli dietetico/comportamentali
- Pre/pro biotici
- Fibre
- Lassativi stimolanti
- Macrogol
- Lattulosio/lattitolo
- Lassativi salini
- Clismi/microclismi/supposte
- Prucalopride
- Erbe mediche (erbe medicinali e fitoterapici)
- Counseling
- Agopuntura
- Psicoterapia
- Altro (specificare)