

Questionario somministrato ai pazienti

A. CONFERMA DI FIRMA DEL CONSENSO INFORMATO E ANAGRAFICA

A		Il consenso informato al paziente
A1	Ha letto, accettato e firmato il consenso informato alla partecipazione dello studio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
A2	Indichi la data di firma del consenso informato	__ / __ / __ (gg-mm-aaaa)
A		Dati Demografici
A3	Data di nascita	__ / __ / __ (gg-mm-aaaa)
A4	Età anagrafica	_____
A4	Sesso alla nascita	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina

A		Informazioni aggiuntive sul paziente
A5	Qual è il suo attuale stato occupazionale?	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente (vada direttamente alla sezione B) <input type="checkbox"/> Disoccupato (vada direttamente alla sezione B) <input type="checkbox"/> Casalinga (vada direttamente alla sezione B) <input type="checkbox"/> Pensionato (vada direttamente alla sezione B)
A6	Qual è il suo regime di lavoro?	<input type="checkbox"/> A tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Stagionale: (n. mesi lavorativi/anno:)
A7	Se è lavoratore <u>dipendente</u> , indichi il tipo di lavoro:	<input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
A8	Se è lavoratore autonomo, indichi il tipo di lavoro:	<input type="checkbox"/> Imprenditore <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Altro (specificare)

B. PRESTAZIONI EROGATE

B		Prestazioni erogate			
Indicare nel prospetto sottoindicato, quante prestazioni (visite ed esami di laboratorio) ha effettuato prima di iniziare la terapia con PCSK9-Inibitori per verificare la necessità di ricorrere a tali farmaci.					
B1	B1a	B1b	B1c	B1d	B1e
	Tipo di visita o esame	Numero	Come ha effettuato la visita?		
			Gratuitamente (esente ticket)	Pagando il ticket (indicare la spesa)	Privatamente (indicare la spesa)
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<p>Nota: Nella prima colonna indicare il tipo di visita (Es: Visite specialistiche, esame colesterolo...) Nel caso sia stata eseguita più di una visita con la stessa modalità o lo stesso costo indicare il numero totali delle visite eseguite. Qualora vi siano variazioni nelle modalità di erogazione delle prestazioni (gratuitamente, con ticket, privatamente), indicare separatamente in ogni riga le prestazioni per modalità con relativo numero. La spesa va indicata per prestazione erogata (quanto è costata una visita specialistica).</p>					
Indicare nel prospetto sottoindicato quante prestazioni (visite, esami di laboratorio ed accessi per il ritiro farmaco) ha effettuato nell'ultimo anno.					
B2	B2a	B2b	B2c	B2d	B2e
	Tipo di visita o esame	Numero	Come ha effettuato la visita?		
			Gratuitamente (esente ticket)	Pagando il ticket (indicare la spesa)	Privatamente (indicare la spesa)
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<p>Nella prima colonna indicare il tipo di visita (Es: Visite specialistiche, esame colesterolo...) Nel caso sia stata eseguita più di una visita con la stessa modalità o lo stesso costo indicare il numero totali delle visite eseguite. Qualora vi siano variazioni nelle modalità di erogazione delle prestazioni (gratuitamente, con ticket, privatamente), indicare separatamente in ogni riga le prestazioni per modalità con relativo numero. La spesa va indicata per prestazione erogata (quanto è costata una visita specialistica).</p>					

C. ALTRI COSTI ASSOCIATI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

C	Altri costi associati alle prestazioni sanitarie	
C1	Quanto tempo impiega per una visita (andata, tempo dedicato alla visita, ritorno)?	<input type="checkbox"/> Due / tre ore <input type="checkbox"/> Mezza giornata <input type="checkbox"/> Un'intera giornata <input type="checkbox"/> Due giorni <input type="checkbox"/> Più di due giorni (specificare il numero di giorni)
C2	Le prestazioni di laboratorio vengono effettuate assieme alle visite?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C3	Se ha risposto "No" alla precedente domanda, quanto tempo impiega per un esame di laboratorio (andata, tempo dedicato alla prestazione, ritorno)?	<input type="checkbox"/> Due / tre ore <input type="checkbox"/> Mezza giornata <input type="checkbox"/> Un'intera giornata <input type="checkbox"/> Due giorni <input type="checkbox"/> Più di due giorni (specificare il numero di giorni)
C4	Se è lavoratore dipendente, come viene considerato il tempo di lavoro perso?	<input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Permesso per malattia (retribuito) <input type="checkbox"/> Permesso non retribuito <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
C5	Chi l'ha accompagnata a questa visita?	<input type="checkbox"/> Nessuno, sono venuto da solo (<u>vada direttamente alla sezione D</u>) <input type="checkbox"/> Una persona che mi assiste abitualmente nella vita quotidiana <input type="checkbox"/> Ho dovuto pagare appositamente un assistente/accompagnatore (<u>vada direttamente alla domanda C 12</u>) <input type="checkbox"/> Coniuge/convivente/partner <input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Amico <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
C6	Qual è lo stato occupazionale dell'accompagnatore?	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Pensionato
C7	Qual è il regime di lavoro dell'accompagnatore?	<input type="checkbox"/> A tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Stagionale: (n. mesi lavorativi/anno:)
C8	Se l'accompagnatore è <u>lavoratore dipendente</u> , indichi il tipo di lavoro:	<input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Altro (specificare)

C9	Se l'accompagnatore è <u>lavoratore autonomo</u> , indichi il tipo di lavoro:	<input type="checkbox"/> Imprenditore <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
C10	Se il suo accompagnatore ha perso ore di studio o di lavoro per venire con lei a questa visita, indichi quanto tempo ha perso:	<input type="checkbox"/> Due / tre ore <input type="checkbox"/> Mezza giornata <input type="checkbox"/> Un'intera giornata <input type="checkbox"/> Altro (specificare il numero di giorni)
C11	Se il suo accompagnatore è <u>lavoratore dipendente</u> e ha perso ore di lavoro per venire con lei a questa visita, come viene considerato il tempo di lavoro perso?	<input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Permesso per malattia (retribuito) <input type="checkbox"/> Permesso non retribuito <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
C12	Per farsi accompagnare ha pagato appositamente un assistente o accompagnatore? Se sì, indichi quanto ha speso.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì _ _ _ _ , _ _ €

D. DOMANDE SU MEZZI DI TRASPORTO, PASTI E PERNOTTAMENTO

D	Domande sui mezzi di trasporto, pasti e pernottamento	
D1	Quale distanza (approssimativamente) ha percorso per venire a questa visita?	Km __ __ __
D2	Quali mezzi di trasporto ha usato per venire a questa visita? Indichi il costo complessivo per ciascun mezzo utilizzato, incluse le spese per parcheggi, pedaggi autostradali, benzina. Consideri anche le spese per l'eventuale accompagnatore.	Autobus __ __ __, __ __ € Taxi __ __ __, __ __ € Auto __ __ __, __ __ € Treno __ __ __, __ __ € Aereo __ __ __, __ __ € Altro (Specificare) __ __ __, __ __ €
D3	Per sottoporsi alla visita ha dovuto consumare uno o più pasti fuori casa? Se sì, indichi quanto ha speso complessivamente per essi (includa anche le spese per l'eventuale accompagnatore).	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì __ __ __ __, __ __ €
D4	Per sottoporsi alla visita, ha dovuto pernottare una o più notti fuori casa? Se sì, indichi quanto ha speso, comprese le spese per l'eventuale accompagnatore.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, sono stato ospitato gratuitamente da amici o parenti <input type="checkbox"/> Sì, ho pernottato presso una struttura convenzionata con l'ospedale __ __ __ __, __ __ € <input type="checkbox"/> Sì, ho pernottato presso una struttura alberghiera __ __ __ __, __ __ €