**ITALIAN DIZZINESS HANDICAP INVENTORY (DHI-I)**

**Percezione del disagio per capogiri/vertigini**

Data:

Paziente:

**DR. EDOARDO BERNKOPF**

Medico chirurgo, Specialista in Odontoiatria e protesi dentaria, P.I. 02581850241

**VICENZA 36100- Via Garofolino, 1 - Tel. e Fax 0444/545509**

PARMA 43100 - Via Petrarca, 3 - Tel. e Fax 0521/236426

ROMA00100– Via Massaciuccoli, 19 Tel. 06/86382917

E-mail: [edber@studiober.com](mailto:edber@studiober.com) Sito internet: [www.studiober.com](http://www.studiober.com)

Pec: [edber@pec.andi.it](mailto:edber@pec.andi.it) codice unico WP7SE2Q

Situazione alla prima visita

Situazione a mesi

1. Il suo problema aumenta guardando in alto?

• Sì

• Talvolta

• No

2. A causa del suo problema si sente frustrato/a?

• Sì

• Talvolta

• No

3. A causa del suo problema limita i suoi viaggi

di lavoro o di svago?

• Sì

• Talvolta

• No

4. Camminare lungo un corridoio di un supermarket

aumenta il suo problema?

• Sì

• Talvolta

• No

5. A causa del suo problema ha difficoltà a coricarsi

o alzarsi dal letto?

• Sì

• Talvolta

• No

6. Il suo problema limita significativamente la sua

partecipazione ad attività sociali come andare

fuori a cena, o al cinema, a ballare o partecipare

a una festa?

• Sì

• Talvolta

• No

7. A causa del suo problema ha difficoltà a leggere?

• Sì

• Talvolta

• No

8. Effettuare attività sportive o di ballo o svolgere

Lavori domestici come spazzare o mettere via

i piatti, aumenta il suo problema?

• Sì

• Talvolta

• No

9. A causa del suo problema, è preoccupato/a

se deve uscire da casa senza essere

accompagnato/a da qualcuno?

• Sì

• Talvolta

• No

10. A causa del suo problema si sente

imbarazzato/a di fronte ad altri?

• Sì

• Talvolta

• No

11 Movimenti veloci della sua testa aumentano il problema?

• Sì

• Talvolta

• No

1.Il suo problema aumenta guardando in alto?

Sì

Talvolta

No

2 A causa del suo problema si sente frustrato/a?

Sì

Talvolta

No

3 A causa del suo problema limita i suoi viaggi

di lavoro o di svago?

Sì

Talvolta

No

4 Camminare lungo un corridoio di un supermarket

aumenta il suo problema?

Sì

Talvolta

No

5 A causa del suo problema ha difficoltà a coricarsi

o alzarsi dal letto?

Sì

Talvolta

No

6 Il suo problema limita significativamente la sua

partecipazione ad attività sociali come andare

fuori a cena, o al cinema, a ballare o partecipare

a una festa?

Sì

Talvolta

No

7 A causa del suo problema ha difficoltà a leggere?

Sì

Talvolta

No

8 Effettuare attività sportive o di ballo o svolgere Lavori domestici come spazzare o mettere via i piatti, aumenta il suo problema?

Sì

Talvolta

No

9 A causa del suo problema, è preoccupato/a

se deve uscire da casa senza essere

accompagnato/a da qualcuno?

Sì

Talvolta

No

10 A causa del suo problema si sente

imbarazzato/a di fronte ad altri?

Sì

Talvolta

No

11 Movimenti veloci della sua testa aumentano il problema?

• Sì

• Talvolta

• No

12 A causa del suo problema evita luoghi alti?

• Sì

• Talvolta

• No

13. Girarsi nel letto aumenta il suo problema?

• Sì

• Talvolta

• No

14. A causa del suo problema è difficile per lei eseguire lavori di casa faticosi o di precisione?

Sì

• Talvolta

• No

15. A causa del suo problema teme che la gente possa pensare che lei sia intossicato?

• Sì

• Talvolta

• No

16. A causa del suo problema le è difficile passeggiare da solo/a?

• Sì

• Talvolta

• No

17. Camminare sul marciapiede aumenta il suo problema?

• Sì

• Talvolta

• No

18. A causa del suo problema le è difficile concentrarsi?

• Sì

• Talvolta

• No

19. A causa del suo problema le è difficile camminare in casa al buio?

• Sì

• Talvolta

• No

20. A causa del suo problema ha paura di restare solo/a a casa?

• Sì

• Talvolta

• No

21. A causa del suo problema si sente handicappato/a?

• Sì

• Talvolta

• No

22. Il suo problema le ha causato difficoltà nelle relazioni con qualcuno della sua famiglia o dei suoi amici?

• Sì

• Talvolta

• No

23. A causa del suo problema si sente depresso/a?

• Sì

• Talvolta

• No

24. Il suo problema interferisce con il lavoro o le responsabilità familiari?

• Sì

• Talvolta

• No

25. Piegarsi in avanti aumenta il suo problema?

Sì

Talvolta

No

12 A causa del suo problema evita luoghi alti?

• Sì

• Talvolta

• No

13. Girarsi nel letto aumenta il suo problema?

• Sì

• Talvolta

• No

14. A causa del suo problema è difficile per lei eseguire lavori di casa faticosi o di precisione?

Sì

• Talvolta

• No

15. A causa del suo problema teme che la gente possa pensare che lei sia intossicato?

• Sì

• Talvolta

• No

16. A causa del suo problema le è difficile passeggiare da solo/a?

• Sì

• Talvolta

• No

17. Camminare sul marciapiede aumenta il suo problema?

• Sì

• Talvolta

• No

18. A causa del suo problema le è difficile concentrarsi?

• Sì

• Talvolta

• No

19. A causa del suo problema le è difficile camminare in casa al buio?

• Sì

• Talvolta

• No

20. A causa del suo problema ha paura di restare solo/a a casa?

• Sì

• Talvolta

• No

21. A causa del suo problema si sente handicappato/a?

• Sì

• Talvolta

• No

22. Il suo problema le ha causato difficoltà nelle relazioni con qualcuno della sua famiglia o dei suoi amici?

• Sì

• Talvolta

• No

23. A causa del suo problema si sente depresso/a?

• Sì

• Talvolta

• No

24. Il suo problema interferisce con il lavoro o le responsabilità familiari?

• Sì

• Talvolta

• No

25. Piegarsi in avanti aumenta il suo problema?

Sì

Talvolta

No