



Queensland
Government

Princess Alexandra Hospital
VALUTAZIONE STRUTTURATA
DI SINTOMI GASTROINTESTINALI
(SAGIS)

(Dati Anagrafici)

URN - Numero Identificativo Paziente:

Cognome:

Nome:

Indirizzo

Data di nascita:

Genere M F

Diagnosi clinica (da completare a cura del medico):

Caro paziente,

Per affrontare efficacemente i sintomi, apprezzeremmo se potessi completare questo breve questionario. La preghiamo di parlarci della gravità dei sintomi da lei riscontrati durante l'ultima settimana. La spiegazione riportata di seguito l'aiuterà a descrivere al meglio la gravità. Se ci sono domande, la preghiamo di non esitare a chiedere ad uno dei nostri dipendenti.

Grazie!

Il tuo team di gastroenterologia

I sintomi saranno giudicati utilizzando una scala Likert a cinque punti: (una sola risposta per elemento):	0 = Nessun Dolore	Non avverto nessun dolore
	1 = Lieve	Può essere ignorato quando non ci pensi
	2 = Moderato	Non può essere ignorato, ma non influenza le attività quotidiane
	3 = Forte	Influenzare la concentrazione sulle attività quotidiane
	4 = Molto Forte	Influenza notevolmente le tue attività quotidiane e/o richiede riposo

Se sei stato qui prima, i tuoi sintomi sono cambiati / peggiorati dall'ultima visita?

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

1. Sensazione di bruciore nell'esofago, eruttazione e rigurgito dell'acido nell'esofago (tubo che unisce bocca e stomaco)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

2. Disfagia (difficoltà di deglutizione)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

3. Pienezza (sensazione di stomaco pieno senza riguardo al cibo precedentemente ingerito)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

4. Sazietà precoce (lo stomaco si riempie subito dopo aver iniziato a mangiare, in maniera sproporzionata alla quantità di cibo preso, in modo che non si riesce a finire il pasto)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

5. Dolore o disagio postprandiale (i sintomi addominali superiori iniziano o peggiorano dopo i pasti)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

6. Dolore epigastrico / dolore addominale superiore (dolore tra il bordo inferiore della gabbia toracica, sotto lo sterno)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

7. Disagio retrosternale (sensazione sgradevole dietro l'osso toracico)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

8. Dolore o disagio prima della defecazione

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

9. Difficoltà di defecare (sforzo o evacuazione incompleta dell'intestino)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

10. Costipazione (ridotta frequenza dei movimenti intestinali, feci dure e grumose)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

11. Feci sciolte (defecazione molto morbida o liquida)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

12. Incontinenza (incapacità di controllare le feci)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

13. Urgenza di defecare

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

14. Diarrea (aumento nella frequenza delle feci, spesso associata a feci acquose o sciolte)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

15. Perdita di appetito (non avvertire la fame)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

16. Crampi addominali (spasmi o coliche allo stomaco senza localizzazione specificata)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

17. Conati (la sensazione che si ha prima di vomitare)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

18. Nausea (sensazione urgente del bisogno di vomitare)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

19. Vomito (vomito di muco e / o contenuto gastrico / cibo, o forti conati di vomito)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

20. Gonfiore (sensazione di gonfiore dell'addome e gas eccessivo nell'addome)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

21. Gas eccessivo e flatulenza

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

22. Eruttazione eccessiva (senza acidità)

<input type="checkbox"/> Nessun Dolore	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Molto Forte
--	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

23. Spieghi con parole sue, qual è per lei il suo problema di salute più importante o la sua più grande preoccupazione riguardo al suo stato di salute.

24. Spieghi con parole sue, qual è per lei il suo secondo problema di salute più importante o la sua seconda più grande preoccupazione riguardo al suo stato di salute.

Soffre?

Mal di testa Sì No Dolore alla schiena Sì No Disturbi del sonno Sì No
Affaticamento cronico Sì No Depressione Sì No Disturbo d'ansia Sì No