

# Sindrome delle Gambe Senza Riposo (RLS) QUESTIONARIO



Per favore completi tutte le celle colorate di giallo

Dati Personali											
Anno di nascita	Anno		Sesso	Maschio		Femmina		Da quanto tempo ha RLS?	Anno		
Familiarità per RLS	Nonni			Genitori			Figli			Nipoti	
										Nessuno	

Informazioni relative ai sintomi della Sindrome delle Gambe Senza Riposo (RLS)										
In quale lato del corpo si verificano i sintomi?			Sinistra		Destra		Entrambi		Alternati	
In quale parte del corpo?			Arti Inferiori		Cosce		Braccia		Tronco	
Ha una neuropatia?			Sì			No			Non so	
Indichi su una scala da 0 a 10 quanto sono severi i sintomi. 0 = nessuno, 10 = molto severi. INSERISCA I DATI IN TUTTE LE CELLE COLORATE!										
	Mattina (07.00 - 13.00)		Pomeriggio (13.00 - 18.00)			Sera (18.00 - 23.00)			Notte (23.00 - 07.00)	
Senza trattamento										
Con trattamento										

Assenze per Malattia										
Ha avuto assenze dal lavoro a causa della RLS?			Sì			N° di mesi			% di tempo di lavoro	
									No	
Quale tipo di medico ha certificato la sua malattia?			Medico di Famiglia			Neurologo			Altro	

Riconosciuta invalidità da parte delle ASL di competenza a causa di RLS										
Ha ricevuto un'invalidità a causa dei sintomi dovuti a RLS?			Sì			da quando			No	

Data della diagnosi										
In quale anno ha ricevuto la diagnosi di RLS?			Anno		Quanti anni dopo l'esordio dei primi sintomi?			Anni		
Quanti medici ha contattato prima di avere la diagnosi?			Numero							
Quali è stato l'atteggiamento del medico nei confronti della RLS?			Buono			Cattivo			Non so	
Quale medico le ha fatto la diagnosi?			Medico di Famiglia			Neurologo			Altro	
Ha fatto l'esame del sangue per valutare la ferritina?			Sì			Valore?			Non so	
									No	

Trattamento, efficacia ed effetti collaterali									
Farmaci									
Quali farmaci sta assumendo ora? E a quale dose?	Mattino (07.00 - 13.00)		Pomeriggio (13.00 - 18.00)		Sera (18.00 - 23.00)		Notte (23.00 - 07.00)		
	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Quantità
1									
2									
3									
4									
Qual è l'efficacia?									
1									
2									
3									
4									
Quali effetti collaterali ha notato?									
1									
2									
3									
4									
Quali dei farmaci elencati sotto ha assunto in precedenza?									
1	L-Dopa		Dopamino-Agonisti		Oppioidi		Altro		
	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Quantità
	Madopar®		Adartrel®/Requip®		Tramadol		Lyrica®		
	Sinemet®		Cabaser®				Neurontin®		
			Neupro®				Tegretol®		
2									
3									
4									
5									
1									
2									
3									
4									
5									

Altri farmaci									
Quali altri farmaci assume?									
Quali farmaci sta assumendo ora? E a quale dose?	Mattino (07.00 - 13.00)		Pomeriggio (13.00 - 18.00)		Sera (18.00 - 23.00)		Notte (23.00 - 07.00)		
	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Nome e Dosaggio	Quantità	Quantità
1									
2									
3									
4									
Quali effetti collaterali ha notato?									
1									
2									
3									
4									
Questi farmaci influenzano i sintomi della RLS?	Sì		Non so		No		Sì		

Sonno Disturbato									
Indichi su una scala da 0 a 10 quanto è disturbato il suo sonno. 0 = nessuno, 10 = molto disturbato.									
Senza trattamento		Con trattamento		Qual è la causa del suo sonno disturbato?					
Quali farmaci assume per migliorare il sonno?	Nome del farmaco		Dosaggio	Quantità	Efficacia	Ha mai effettuato una visita presso un Centro del Sonno?			
						Sì			
						No			