

**PROGETTO REGIONALE PER MIGLIORARE L'ADERENZA TERAPEUTICA NEI
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIA CRONICA****QUESTIONARIO SULL'ADERENZA ALLA TERAPIA**

Nome e Cognome _____

C.F. _____

1. Nell'ultimo mese si è dimenticato di prendere le medicine per il trattamento della sua patologia? sì no

Se sì, indicare il motivo (possono essere indicate anche più motivazioni)

non ero a casa nel momento in cui dovevo prendere i farmaci

devo assumere troppi farmaci più volte al giorno

ho uno schema di terapia troppo complicato

ero ammalato

altro: _____

2. Nell'ultimo mese le è capitato di sbagliare orario nell'assunzione della terapia? sì no

Se sì, indicare il motivo (possono essere indicate anche più motivazioni)

devo assumere troppi farmaci più volte al giorno

ho uno schema di terapia troppo complicato

altro: _____

3. Le è capitato di ridurre il dosaggio delle sue medicine senza chiederlo al medico? sì no

Se sì, indicare il motivo (possono essere indicate anche più motivazioni)

mi sentivo bene

mi è stato consigliato

volevo evitare gli effetti collaterali

altro: _____

4. Nell'ultimo mese ha sospeso di sua iniziativa il trattamento per almeno un giorno intero?
 sì no

Se sì, indicare il motivo (possono essere indicate anche più motivazioni)

- non ero a casa nel momento in cui dovevo prendere i farmaci
 - devo assumere troppi farmaci più volte al giorno
 - ho uno schema di terapia troppo complicato
 - il farmaco non sempre è disponibile
 - mi sentivo bene
 - volevo evitare gli effetti collaterali
 - il farmaco è troppo costoso
 - ero ammalato
 - non volevo che altre persone mi vedessero prendere i farmaci
 - altro: _____
-

Firma
