

**Per meglio comprendere
i problemi associati a un'inadeguata assunzione
dei supplementi con Vitamina D
in pazienti con osteoporosi,
abbiamo bisogno della Sua opinione**

L'indagine:
PERCHÈ

L'indagine è basata sull'ipotesi che le diverse forme farmaceutiche possano semplificare e rendere più comoda l'assunzione, migliorando l'efficacia della supplementazione

L'obiettivo:
QUALE

Riuscire con il Suo aiuto a valutare la soddisfazione del trattamento in corso con Vitamina D

Gentile Signora/Gentile Signore,

Le chiediamo di compilare il questionario per valutare la Sua soddisfazione in relazione al trattamento in corso con Vitamina D.

Ponga una X nelle caselle che rappresentano la Sua opinione sul grado di soddisfazione o insoddisfazione e consegni il questionario al Suo medico, che avrà cura di gestirlo con discrezione.

Grazie per la Sua collaborazione

Con il patrocinio



Federazione Italiana Osteoporosi
e malattie dello Scheletro

CODICE IDENTIFICATIVO DEL CENTRO / MEDICO |__|__|

DATA DI COMPILAZIONE

Giorno |__|__| Mese |__|__| Anno |__|__|__|

**INDICARE DI SEGUITO
LE PROPRIE INFORMAZIONI ANAGRAFICHE:**



INIZIALE NOME |__|

INIZIALE COGNOME |__|

ETÀ |__|__| ☐ **M** ☐ ☐ **F**

ETÀ MENOPAUSA |__|__| *(Solo per il Sesso Femminile)*

Educazione scolastica

Licenza elementare ☐ ☐ Licenza media ☐ ☐ Diploma ☐ ☐ Laurea ☐

Attualmente assume Vitamina D? ☐ Sì ☐ No

Se sì, qual è la modalità di somministrazione? ☐ Compresse ☐ Flaconcino ☐ Capsule

Con quale cadenza? ☐ Giornaliera ☐ Settimanale ☐ Mensile

Per l'assunzione dei farmaci:

☐ Li gestisco da sola/o ☐ Ho qualcuno che mi aiuta sempre ☐ Qualcuno che mi aiuta ogni tanto

Ha dovuto eseguire un esame di laboratorio per definire la carenza di Vitamina D?

☐ Sì ☐ No

Per quale motivo le è stata consigliata la Vitamina D?

☐ Osteoporosi
☐ Riscontro di deficit di Vitamina D
☐ Altro (specificare)

La Vitamina D le viene prescritta con la ricetta rossa "della mutua"?

☐ Sì ☐ No

Ha difficoltà di assunzione? ☐ Sì ☐ No

Se sì, perché?

☐ ☐ Si dimentica ☐ Non riesce a contare le gocce ☐ Non gradisce il sapore
☐ ☐ Difficoltà ad ingerire ☐ Altro (Specificare)

Lei è a conoscenza dell'esistenza delle diverse formulazioni di Vitamina D (flaconcini, compresse e capsule)?

☐ Sì ☐ No ☐ Ne sapevo di alcune ma non di tutte

Quando il medico le prescrive la Vitamina D, le chiede quale formulazione preferirebbe?

☐ Mai ☐ L'ha chiesto all'inizio ma non successivamente ☐ Me lo chiede ogni volta che la prescrive

Quale ritiene sia la più pratica tra le seguenti formulazioni di Vitamina D?

☐ Compresse ☐ Liquido ☐ Capsule molli ☐ Non saprei

Quale ritiene sia la più efficace tra le seguenti formulazioni di Vitamina D?

☐ Compresse ☐ Liquido ☐ Capsule molli ☐ Non saprei

Quale delle seguenti formulazioni pensa che venga assorbita meglio?

☐ Liquido ☐ Compresa ☐ Capsula molle ☐ Tutte uguali ☐ Non saprei

Quale ritiene sia la più tollerabile tra le seguenti formulazioni di Vitamina D?

☐ Compresse ☐ Liquido ☐ Capsule molli ☐ Non saprei

Ritiene che la somministrazione con il pasto o comunque con il cibo possa essere un problema?

☐ Per nulla ☐ Poco ☐ Molto ☐ Non saprei

Nel caso lei debba assumere la Vitamina D assieme ad altri farmaci, preferirebbe che questa fosse:

☐ Liquido ☐ Compresa ☐ Capsula ☐ Indifferente

In base ai suoi impegni giornalieri, ritiene che la differenza di tempo dedicato all'assunzione di Vitamina D in flaoncino o in compressa/capsula sia:

☐ Irrilevante ☐ Poco rilevante ☐ Critico ☐ Non saprei

Si è mai dimenticato di assumere la terapia a base di Vitamina D?

☐ Sì ☐ ☐ No

Se sì, con quale frequenza le capita di dimenticarsi di assumere la terapia a base di Vitamina D?

☐ Mai/raramente ☐ ☐ Ogni tanto ☐ ☐ A volte ☐ ☐ Spesso ☐ Sempre

Nelle ultime due settimane, ci sono stati giorni in cui ha tralasciato di assumere il farmaco?

☐ Sì ☐ ☐ No

Ha assunto l'ultima dose di terapia a base di Vitamina D?

☐ Sì ☐ ☐ No

Ha mai ridotto o sospeso la terapia a base di Vitamina D senza consultare il medico?

☐ Sì ☐ ☐ No

Quando è in viaggio o fuori di casa, le è mai capitato di dimenticare di portarsi dietro il farmaco a base di Vitamina D che avrebbe dovuto assumere?

☐ Sì ☐ ☐ No

Quando non avverte più i sintomi, le è mai capitato di sospendere il trattamento a base di Vitamina D?

☐ Sì ☐ ☐ No

Le è mai capitato di incontrare difficoltà con i diversi schemi terapeutici?

☐ Sì ☐ ☐ No

Per ogni aspetto considerato, indichi il Suo grado di soddisfazione:

	Molto insoddisfatto	Insoddisfatto	Piuttosto insoddisfatto	Indifferente	Abbastanza soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
Frequenza di assunzione							
Comodità di assunzione							
Facilità di assunzione							
Facilità di ricordare quando assumere la Vitamina D							
Facilità di integrare la terapia a base di Vitamina D con eventuali altre terapie concomitanti							
Quantità di tempo richiesto per l'assunzione della Vitamina D							
Fiducia nell'efficacia del trattamento in relazione alle attività lavorative quotidiane (in casa e fuori casa)							
Fiducia nell'effetto della Vitamina D sul benessere fisico							
In generale, quanto è soddisfatto della terapia che sta assumendo							
Sarebbe soddisfatto di proseguire il trattamento							

L'assunzione di Vitamina D le ha dato dei fastidi? Se non avesse mai provato fastidi, risponda "Per nulla"

	Per nulla	Lievemente	Moderatamente	Abbastanza	Molto
--	-----------	------------	---------------	------------	-------