

Questionario per pazienti con diabete sottoposti a terapia iniettiva

Codifica:

Da completare
dall'infermiera

Prefisso telefonico
nazionale

/

Numero centro

/

Numero paziente
(in sequenza da 1 a 25)

Questo questionario è volontario e completamente anonimo. Se scegli di non partecipare il tuo trattamento non verrà in nessun modo modificato. Le persone che iniettano insulina o altre medicine per il diabete da almeno 6 mesi sono invitate a partecipare. Le informazioni che verranno fornite saranno utilizzate per migliorare l'educazione terapeutica per la gestione del diabete di tutte le persone sottoposte a terapia iniettiva.

1. Genere Donna Uomo
2. Età _____ anni
3. Peso _____ kg
4. Altezza _____ cm
5. Come ti descriveresti?
 - Adulto (più di 18 anni) che inietta autonomamente l'insulina
 - Adolescente (età compresa tra i 13 e i 17 anni) che inietta autonomamente l'insulina
 - Bambino (meno di 13 anni) che inietta autonomamente l'insulina
 - Genitore che pratica le iniezioni al proprio figlio/a
6. Da quanto tempo ti è stato diagnosticato il diabete?
 - Dai 6 ai 12 mesi indicare il numero di mesi: _____ mesi
 - Da più di 1 anno indicare il numero di anni: _____ anno/i
7. Quanti anni avevi quando ti è stato diagnosticato il diabete? _____ anni
8. Quale tipo di terapia stai attualmente seguendo per la cura del tuo diabete (e da quanto tempo)? (segna tutte le risposte appropriate)
 - Terapia orale (_____ anni o _____ mesi)
 - Terapia insulinica (_____ anni o _____ mesi)
 - Byetta or Victoza (_____ anni o _____ mesi)
9. Quale dispositivo utilizzi normalmente per le iniezioni? (segna tutte le risposte appropriate)
 - Siringa
 - Penna
 - Altro (e.g. microinfusore)

10. Quante iniezioni esegui in totale in un giorno?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- Più di 7

11. Quale lunghezza di ago utilizzi attualmente per fare l'iniezione (segna tutte le risposte appropriate)?

- 12.7 mm
- 12 mm
- 10 mm
- 8 mm
- 6 mm
- 5 mm
- 4,5 mm
- 4mm
- Non lo so

12. La lunghezza del tuo ago è cambiata da quando hai iniziato a fare le iniezioni?

- Sì
- No

13. Se sì, sai perché la lunghezza è cambiata? (segna tutte le risposte appropriate)

- Per rendere l'iniezione più confortevole
- Per ridurre il rischio di andare nel muscolo
- Per ridurre il rischio di ipoglicemie
- Non lo so

14. Quale sito di iniezione utilizzi? (segna tutte le risposte appropriate)

- Addome
- Coscia
- Gluteo
- Braccio

15. Se utilizzi più di un sito di iniezione, classificali da 1 a 4 in base alla frequenza di utilizzo (dove 1 è il sito più utilizzato e 4 il sito utilizzato meno spesso)

- _____ Addome
- _____ Coscia
- _____ Gluteo
- _____ Braccio

16. Come scegli dove iniettare?

- Inietto sempre nello stesso sito alla stessa ora del giorno (per esempio: al mattino inietto sempre nell'addome...)
- Inietto sempre nello stesso sito per tutto il giorno
- Inietto sempre nello stesso sito per alcuni giorni
- Scelgo dove iniettare in base all'attività fisica che devo fare
- Scelgo il sito in base alla mio programma/piano di rotazione
- Non seguo una specifica routine iniettiva per quanto riguarda il sito di iniezione
- Scelgo il sito che fa meno male

17. Alla domanda 12, hai specificato il sito di iniezione che utilizzi. Nei riquadri di seguito, scegli quello che più rappresenta la dimensione dell'area dove inietti:

	ROSSA	BLU	VERDE	GRIGIA
Addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coscia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gluteo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Dimensione di una cartolina

c) Dimensione di una carta di credito

b) Dimensione di una carta da gioco

d)
dimens
ione di
un
franco
bollo



18. Ruoti i siti di iniezione?

- Sì
- No

19. Se sì, come descriveresti questa rotazione? (segna tute le risposte corrette)

- Mi muovo su e giù, dalla parte destra alla parte sinistra del mio corpo
- Mi muovo da un sito di iniezione ad un altro
- Inietto a circa 1cm di distanza dall'iniezione precedente
- Le mie iniezioni descrivono un cerchio sui siti di iniezione
- Le mie iniezioni descrivono una linea sui siti di iniezione

20. Hai mai avuto dei rigonfiamenti o delle protuberanze sotto la pelle per diverso tempo (settimane, mesi o anni) in corrispondenza dei siti di iniezione?

- Sì
- No

21. Se sì, in quale sito/i di iniezione?

- Addome
- Coscia
- Gluteo
- Braccio

22. Inietti all'interno di questi rigonfiamenti o protuberanze?

- Sempre
- Qualche volta
- Mai

23. Se sì, per favore indica il perché inietti in esse (segna le risposte appropriate):

- È conveniente
- Fa meno male
- Per abitudine (inietto sempre lì)
- Non lo so

- 24. Se usi una penna,** per quanto tempo lasci l'ago nella pelle dopo aver premuto il pulsante?
- Meno di 5 sec
 - 5 – 10 sec
 - Più di 10 sec
 - Non so quanto tempo
- 25.** Prima di effettuare l'iniezione, pulisci il sito con un disinfettante? (per esempio con un tampone imbevuto d'alcol)
- Sì
 - No
- 26.** Prima di inserire la siringa nel flacone d'insulina o prima di avvitare l'ago sulla penna, pulisci il gommino con un disinfettante? (per esempio con un tampone imbevuto d'alcol)
- Sì
 - No
- 27. Se usi una penna,** utilizzi l'ago più di una volta?
- Sì
 - No
- 28.** Se sì, quante volte riutilizzi lo stesso ago per penna?
- 2 volte
 - Da 3 a 5 volte
 - Da 6 a 10 volte
 - Più di 10 volte
- 29.** Se utilizzi lo stesso ago per penna per più di 1 volta, perché lo fai? (spunta tutte le risposte appropriate)
- Perché non ho un'altro ago a disposizione
 - Per un risparmio economico
 - Per non generare troppi rifiuti (consapevolezza ambientale)
 - Per comodità
- 30. Se usi una siringa,** effettui più di una iniezione con la stessa siringa?
- Sì
 - No
- 31.** Se sì, quante volte riutilizzi la stessa siringa?
- 2 volte
 - Da 3 a 5 volte
 - Da 6 a 10 volte
 - Più di 10 volte

32. Se utilizzi la stessa siringa più di 1 volta, perché lo fai? (spunta tutte le risposte appropriate)
- Perché non ho un'altra siringa a disposizione
 - Per un risparmio economico
 - Per non generare troppi rifiuti (consapevolezza ambientale)
 - Per comodità
33. Le tue iniezioni sono dolorose?
- Sì
 - No
34. Se sì, come meglio descriveresti le tue iniezioni?
- Sempre dolorose
 - Spesso dolorose (diverse volte alla settimana)
 - Qualche volta dolorose (diverse volte al mese)
 - Quasi mai dolorose (diverse volte all'anno)
35. Quando l'iniezione risulta dolorosa, a che cosa attribuisce questo dolore? (spunta tutte le risposte che potrebbero essere appropriate)
- Al sito di iniezione (per esempio ho toccato un nervo)
 - Alla quantità o al volume di insulina iniettata
 - Ho già utilizzato lo stesso ago in precedenza
 - Alla tecnica di iniezione scorretta
 - Alla temperatura del farmaco iniettato
 - Non lo so
36. I tuoi siti di iniezione sanguinano o appaiono lividi?
- Sì
 - No
37. Se sì, quanto spesso un'iniezione causa un sanguinamento o un livido?
- Sempre
 - Spesso (diverse volte alla settimana)
 - Qualche volta (diverse volte al mese)
 - Quasi mai (diverse volte all'anno)
38. Hai mai delle fuoriuscite di insulina **dal sito di iniezione**?
- Sì
 - No
39. Se sì, quanto spesso il fluido fuoriesce dalla pelle del sito di iniezione?
- Sempre
 - Spesso (diverse volte alla settimana)
 - Qualche volta (diverse volte al mese)
 - Quasi mai (diverse volte all'anno)
40. Ci sono delle fuoriuscite/perdite di insulina dall'ago dopo l'iniezione?
- Sì
 - No

41. Se sì, quanto spesso noti questo gocciolamento dall'ago?
- Ogni volta che inietto
 - Spesso (diverse volte alla settimana)
 - Qualche volta (diverse volte al mese)
 - Quasi mai (diverse volte all'anno)
42. Pratici le iniezioni attraverso i vestiti?
- Sì
 - No
43. Se sì, quanto frequentemente inietti attraverso i vestiti?
- Sempre
 - Spesso (diverse volte alla settimana)
 - Qualche volta (diverse volte al mese)
 - Quasi mai (diverse volte all'anno)
44. Se utilizzi un'insulina torbida (NPH, N o premiscelata), misceli l'insulina prima dell'uso?
- Sì
 - No
45. Se sì, prima di iniettare quante volte mediamente ruoti o capovolgi la penna o il flacone? _____
46. Dove conservi l'insulina **prima** di iniziare ad utilizzare la penna o il flacone?
- Frigorifero
 - Bagno, borsetta, cassetti o altro – temperatura ambiente
47. Dove conservi l'insulina **dopo** aver iniziato ad utilizzare la penna o il flacone?
- Frigorifero
 - Bagno, borsetta, cassetti o altro – temperatura ambiente
48. Se conservi nel frigorifero l'insulina in uso, prima di iniettarla la fai riscaldare a temperatura ambiente?
- Sì
 - No
49. Hai mai utilizzato l'insulina (in flacone, penna o cartuccia) dopo la data di scadenza?
- Sì
 - No
 - Generalmente non controllo la data di scadenza della mia insulina
50. Come smaltisci gli aghi o le siringhe utilizzate?
- In un contenitore apposito, dedicato a rifiuti taglienti
 - In un contenitore per uso domestico, come una bottiglia vuota
 - Nella spazzatura, reincappucciato
 - Nella spazzatura senza il cappuccio
 - Utilizzo lo strumento che taglia l'ago che poi rimane all'interno

- 51.** Se ago o siringa usati vengono gettati in un apposito contenitore, una volta riempito come lo smaltisci?
- Lo getto nella spazzatura normale
 - Lo porto in farmacia
 - Lo porto presso lo studio del mio medico
 - Lo porto in un laboratorio
 - Lo porto all'ospedale o in clinica
 - Lo porto ad un deposito locale o presso un centro raccolta rifiuti
 - Nessuna delle precedenti
- 52.** Hai mai dimenticato di fare o saltato un'iniezione?
- Sì
 - No
- 53.** Se sì, quanto spesso questo accade?
- Spesso (diverse volte alla settimana)
 - Qualche volta (diverse volte al mese)
 - Quasi mai (diverse volte all'anno)
- 54.** Qual è/quali sono i motivi per cui salti un'iniezione? (segna tutte le risposte opportune)
- Me ne dimentico
 - Non ho mangiato
 - Ero malato (nausea e vomito)
 - Non volevo farmi l'iniezione
 - La mia glicemia era troppa bassa
- 55.** Chi ti ha istruito su come effettuare un'iniezione?
- Infermiera generica
 - Infermiera di diabetologia
 - Altro educatore
 - Medico di medicina generale
 - Specialista diabetologo
 - Farmacista
 - Un rappresentante dell'azienda produttrice delle penne o degli aghi
- 56.** Quanto spesso l'infermiera o il medico esaminano i tuoi siti di iniezione?
- Regolarmente ad ogni visita. Specificare la frequenza delle visite: ogni _____ mesi
 - Una volta all'anno
 - Solo se lamento un problema al sito di iniezione
 - Non ricordo se i miei siti di iniezione sono mai stati controllati

57. Segna SI, se l'argomento nella prima colonna è stato trattato/spiegato quando sei stato istruito sulla tecnica di iniezione. Spunta l'ultima colonna se senti di dover ricevere una maggiore educazione su quell'argomento specifico.

	SI	Ho ancora bisogno di educazione
Siti di iniezione (per esempio coscia, braccio, gluteo, addome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spessore della pelle e appropriata profondità d'iniezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunghezza dell'ago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come praticare il pizzico (o plica) della pelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per quanto tempo mantenere il pizzico (o plica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angolo di inserimento dell'ago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per quanto tempo tenere l'ago nella pelle dopo l'iniezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotazione all'interno di un sito di iniezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevenire bolle d'aria nella siringa o corretta preparazione dell'ago (espulsione di almeno 2 unità prima dell'iniezione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miscelare l'insulina in una siringa (per coloro che la utilizzano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risospensione/ corretta miscelazione dell'insulina torbida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzo di un solo ago o siringa per iniezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smaltimento sicuro dei rifiuti (aghi per penna, siringhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Quando è stata l'ultima volta che hai ricevuto istruzione sulla tecnica di iniezione?

- Negli ultimi 6 mesi
- Negli ultimi 6-12 mesi
- Qualche volta negli ultimi 1-5 anni
- Qualche volta negli ultimi 5-10 anni
- Mai

59. Negli ultimi sei mesi hai avuto un'ipoglicemia (bassi valori di glicemia)?

- Sì
- No

60. Se sì, quante volte negli ultimi sei mesi hai avuto un'ipoglicemia così grave da richiedere l'assistenza di un'altra persona?

- Mai
- 1 o 2 volte
- Da 3 a 5 volte
- Più di 5 volte

61. Hai avuto bisogno di un'ambulanza o di una visita presso l'ospedale/clinica durante questi episodi?

- Sì
- No

- 62.** Quanto spesso ti controlli la glicemia?
- Più di 4 volte al giorno
 - Da 3 a 4 volte al giorno
 - Da 1 a 2 volte al giorno
 - Diverse volte alla settimana
 - Mai o raramente controllo la glicemia nel sangue
- 63.** Sei mai stato ricoverato all'ospedale, al pronto soccorso o in clinica per chetoacidosi (DKA o coma diabetico)?
- Sì
 - No
- 64.** Se sì, indica quando sei stato ricoverato per chetoacidosi?
- quando mi hanno diagnosticato il diabete
 - No negli ultimi 6 mesi
 - negli ultimi 6 mesi
- 65.** Hai spesso delle iperglicemie? (maggiori di 250 mg/dL)?
- Sì
 - No
- 66.** Se sì, indica la frequenza delle iperglicemie?
- Più di 5 valori alti di glicemia alla settimana
 - Da 3 a 5 valori alti di glicemia alla settimana
 - Da 1 a 2 valori alti di glicemia alla settimana
 - Occasionali valori alti di glicemia (meno di 4 volte al mese)
- 67.** Ci sono delle persone a te più vicine che potrebbero pungersi accidentalmente con uno dei tuoi aghi usati (aghi o lancette)?
- Sì
 - No
- 68.** Se sì, per favore identifica tali persone (segna le più appropriate)
- Bambini
 - Altri membri della famiglia (per esempio il coniuge)
 - Infermiera o altra figura professionale
 - Domestica o addetto alla raccolta rifiuti
- 69.** Qualcuna di queste persone si è mai punta accidentalmente con uno dei tuoi aghi utilizzati?
- Sì
 - No

70. Per favore indica perché queste persone potrebbero essere a rischio?(spunta tutte le opzioni possibili)
- Non utilizzo dispositivi per prevenire punture accidentali (dispositivi di sicurezza)
 - Non dispongo di un contenitore adatto per lo smaltimento degli aghi usati
 - Gli aghi usati sono spesso lasciati in posti dove altre persone potrebbero pungersi accidentalmente
 - Sono positivo all'epatite o ad altre malattie a trasmissione sanguigna

Grazie per il tuo tempo!