

**GO-QoL QUESTIONNAIRE- italiana**  initial  follow-up **Date**

Le domande che seguono si riferiscono solamente alla malattia dei Suoi occhi (Orbitopatia Tiroide Correlata = OTC).

Le risposte alle domande da 1 a 8 devono essere riferite ad eventuali limitazioni o difficoltà create dell'OTC nell'ultima settimana, le domande invece riguardano l'OTC in maniera generica pertanto le risposte non devono essere riferite all'ultima settimana.

Metta il simbolo x nel quadratino che meglio si adatta alla Sua risposta. Risponda con un solo x per ogni domanda. I quadratini si riferiscono alla risposta scritta al di sopra.

	Si, molto	Si, poco	No, per niente	
1) Ha riscontrato limitazioni nell'uso della bicicletta? (non uso mai la bicicletta <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Ha riscontrato limitazioni nella guida dell'auto? (non guido automobili <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Ha avuto difficoltà a camminare dentro casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Ha avuto difficoltà a camminare per strada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Ha avuto difficoltà nella lettura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) Ha avuto difficoltà a guardare la televisione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) Ha riscontrato limitazioni per ciò che concerne hobby e tempo libero? esempi				
	Si, molto	Si, poco	No, per niente	
8) Ha avuto difficoltà soddisfare un Suo desiderio a causa dell' OTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score
9) Pensa che il Suo aspetto sia cambiato a cause dell' OTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10) Pensa di attirare l'attenzione della gente per strada a causa del suo aspetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11) Pensa che a causa dell' OTC il prossimo nutra verso di Lei sentimenti negativi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12) Pensa che causa dell' OTC sia diminuito il senso di fiducia in se stessa/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13) Si sente socialmente esclusa/o a causa dell' OTC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14) Pensa che l'OTC influenzi la Sua capacità a crearsi nuove amicizie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15) Evita di farsi fotografare? (Ovvero il Suo desiderio di farsi fotografare è diminuito rispetto al periodo precedente l' OTC).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16) Tenta di camuffare il Suo aspetto da quando è insorta l'OTC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score