

**AMBS**

Prendere farmaci ogni giorno per tutta la vita è un compito difficile. Desideriamo trovare il modo per rendere questo processo più facile per te. Di seguito sono elencati diversi motivi che, secondo quanto ci è stato riferito dagli adolescenti, rendono loro difficile assumere i farmaci in orario ogni giorno. Leggi attentamente ogni affermazione. Spunta la casella sulla destra che indica quanto sei d'accordo o in disaccordo con ciascuna affermazione.

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Non sono sicuro/a	D'accordo	Fortemente d'accordo
1. Credo che il farmaco sia difficile da deglutire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Credo di avere troppe pillole da prendere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Non mi piace il sapore del farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Credo che questo farmaco abbia troppi effetti collaterali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Non voglio prendere il farmaco a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sento che ostacola le mie attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sono smemorato/a e non mi ricordo di prendere il farmaco ogni volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Non sono molto organizzato/a riguardo a quando e come prendere il farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Non voglio che le altre persone si accorgano che sto prendendo un farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A volte non ho voglia di prendere il farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trovo difficile attenermi a un programma fisso di assunzione del farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Non mi piace l'effetto che il farmaco produce sul mio aspetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sono stanco/a di prendere il farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sono stanco/a di vivere con una condizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A volte non mi accorgo di aver finito le pillole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Faccio confusione riguardo a come deve essere preso il farmaco (con o senza cibo, con o senza acqua, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A volte è difficile recarsi in farmacia per ritirare la prescrizione prima che il farmaco sia finito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C'è qualcos'altro che non abbiamo menzionato e che ti rende difficile prendere i tuoi farmaci in orario ogni giorno?</b> _____					