

PMBS

Prendere farmaci ogni giorno per tutta la vita è un compito difficile. Desideriamo trovare il modo per rendere questo processo più facile per Suo/a figlio/a. Di seguito sono elencati diversi motivi che, secondo quanto ci è stato riferito dalle famiglie, rendono difficile al/alla loro figlio/a assumere i farmaci in orario ogni giorno. Legga attentamente ogni affermazione. Spunti la casella sulla destra che indica quanto è d'accordo o in disaccordo con ciascuna affermazione.

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Non sono sicuro/a	D'accordo	Fortemente d'accordo
1. Mio/a figlio/a ha difficoltà a deglutire il farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mio/a figlio/a ha troppe pillole da assumere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A mio/a figlio/a non piace il sapore del farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mio/a figlio/a sente che ostacola le sue attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mio/a figlio/a è smemorato/a e si dimentica di prendere il suo farmaco ogni volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mio/a figlio/a non è 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"/>
7. Mio/a figlio/a non vuole che le altre persone si accorgano che sta prendendo il farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mio/a figlio/a è molto occupato/a con altre cose che ostacolano l'assunzione del farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A volte mio/a figlio/a non si sente bene e non può prendere il farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mio/a figlio/a trova difficile attenersi a un programma fisso di assunzione del farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A mio/a figlio/a non piace l'effetto che il farmaco produce sul suo aspetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mio/a figlio/a è stanco/a di vivere con una condizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Non sono sempre presente per ricordare a mio/a figlio/a di prendere il suo farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mio/a figlio/a crede che il farmaco abbia troppi effetti collaterali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mio/a figlio/a conta su di me per ricordargli/le di prendere il suo farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mio/a figlio/a è stanco/a di prendere il farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'è qualcos'altro che non abbiamo menzionato e che rende difficile a Suo/a figlio/a prendere i suoi farmaci in orario ogni giorno? _____					