**Questionario relativo alla compromissione della produttività lavorativa e delle attività: Melanoma V2.1 (WPAI: Melanoma)**

Le domande che seguono intendono determinare gli effetti del Suo melanoma sulla Sua capacità di lavorare e svolgere le normali attività quotidiane. *La preghiamo di riempire gli spazi vuoti o tracciare un cerchio intorno a un numero, come indicato.*

1. Attualmente è impiegato/a (percepisce uno stipendio)? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÌ

*Se la risposta è NO, contrassegni il “NO” e passi alla domanda 6.*

Le domande che seguono si riferiscono agli **ultimi sette giorni**, esclusa la giornata di oggi.

1. Negli ultimi sette giorni, per quante ore si è assentato/a dal lavoro a causa di problemi inerenti al Suo melanoma? *Includa le ore delle giornate di malattia, le volte in cui si è recato/a al lavoro più tardi o ha lasciato il lavoro in anticipo, ecc. a causa del Suo melanoma.* *Non includa le ore perse per partecipare a questo studio.*

\_\_\_\_\_ ORE

1. Negli ultimi sette giorni, per quante ore si è assentato/a dal lavoro per altri motivi, come vacanze, giorni festivi, permessi per partecipare a questo studio?

\_\_\_\_\_ ORE

1. Negli ultimi sette giorni, quante ore effettive di lavoro ha svolto?

\_\_\_\_\_ ORE *(Se la risposta è “0”, passi alla domanda 6)*

1. Negli ultimi sette giorni, in quale misura il Suo melanomaha influito sulla Sua produttività durante il lavoro?

*Pensi ai giorni in cui ha dovuto limitare la mole o il tipo di lavoro da svolgere, ai giorni in cui ha fatto meno di quanto avrebbe voluto, o ai giorni in cui non è stato/a in grado di svolgere il lavoro con la consueta attenzione. Se il melanoma ha influito poco sul Suo lavoro, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se il melanoma ha influito molto sul Suo lavoro.*

Consideri soltanto quanto il melanomainfluisce sulla   
Sua produttività durante il lavoro.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il melanoma non ha avuto alcun effetto sul mio lavoro |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Il melanoma mi ha impedito completamente di lavorare |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

TRACCIARE UN CERCHIO INTORNO A UN NUMERO

1. Negli ultimi sette giorni, in quale misura il Suo melanomaha influito sulla Sua capacità di svolgere le normali attività giornaliere, escluso il lavoro?

*Con “normali attività” si intendono le consuete attività da Lei svolte, come i lavori domestici, la spesa, la cura dei bambini, l’esercizio fisico, lo studio, ecc. Pensi ai giorni in cui ha dovuto limitare la mole o il tipo di attività, o ai giorni in cui ha fatto meno di quanto avrebbe voluto. Se il melanoma ha influito poco sulle Sue attività, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se il melanoma ha influito molto sulle Sue attività.*

Consideri soltanto quanto il melanoma abbia influito sulla   
Sua capacità di svolgere le normali attività giornaliere, escluso il lavoro.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il melanoma non ha avuto alcun effetto sulle mie attività giornaliere |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Il melanoma mi ha impedito completamente di svolgere le mie attività giornaliere |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

TRACCIARE UN CERCHIO INTORNO A UN NUMERO