**Questionario sulla compromissione della produttività durante il lavoro e delle attività:
EMICRANIA, V2.0 (WPAI:MIGRAINE)**

Le domande che seguono intendono determinare gli effetti dell’EMICRANIA sulla Sua capacità di lavorare e svolgere le normali attività quotidiane. *La preghiamo di riempire gli spazi vuoti o di 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.

2. Negli ultimi sette giorni, per quante ore si è assentato/a dal lavoro a causa di problemi correlati alla Sua EMICRANIA? *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 della Sua EMICRANIA. Non includa le ore perse per partecipare a questo studio.*

 \_\_\_\_\_ ORE

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

 \_\_\_\_\_ ORE

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

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

5. Negli ultimi sette giorni, in quale misura l’EMICRANIA ha inciso 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 l’EMICRANIA ha inciso poco sul Suo lavoro, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se l’EMICRANIA ha inciso molto sul Suo lavoro.

Prenda in considerazione unicamente la misura in cui i l’EMICRANIA
ha inciso sulla Sua produttività durante il lavoro.

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

TRACCIARE UN CERCHIO INTORNO A UN NUMERO

6. Negli ultimi sette giorni, in quale misura l’EMICRANIA ha inciso 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 alle volte in cui ha dovuto limitare la mole o il tipo di attività, o alle volte in cui ha fatto meno di quanto avrebbe voluto. Se l’EMICRANIA ha inciso poco sulle Sue attività, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se l’EMICRANIA ha inciso molto sulle Sue attività.*

Prenda in considerazione unicamente la misura in cui l’EMICRANIA
ha inciso sulla Sua capacità di svolgere le normali attività giornaliere, escluso il lavoro.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’EMICRANIA non ha avuto alcun effetto sulle mie attività giornaliere |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | L’EMICRANIA 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

WPAI:MIGRAINE V2.0 (Italy-Italian)