

FES-I

Ora le vorrei fare alcune domande per sapere quanto La preoccupa la possibilità di cadere. Per favore mi risponda pensando a come di solito effettua ciascuna attività. Se in questo periodo non fa un'attività (ad esempio, perchè qualcuno va a fare spesa per Lei) risponda pensando a come Lei si sentirebbe preoccupato di cadere nel caso in cui la facesse davvero. Per favore barri la casella che è più vicina alla sua opinione per far capire quanto è preoccupato di poter cadere nel fare ciascuna delle seguenti attività.

		<i>Non mi preoccupa affatto 1</i>	<i>Mi preoccupa un po' 2</i>	<i>Mi preoccupa abbastanza 3</i>	<i>Mi preoccupa molto 4</i>
1	Fare le pulizie di casa (es. spazzare, passare l'aspirapolvere, spolverare).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Vestirsi o spogliarsi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Preparare un pasto semplice	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Fare il bagno o la doccia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Andare al negozio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Sedersi o alzarsi da una sedia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Salire o scendere le scale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8	Camminare fuori casa o nelle vicinanze	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9	Prendere un oggetto posto sopra la testa o a terra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

		<i>Non mi preoccupa affatto 1</i>	<i>Mi preoccupa un po' 2</i>	<i>Mi preoccupa abbastanza 3</i>	<i>Mi preoccupa molto 4</i>
10	Fare in tempo a rispondere al telefono	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11	Camminare su una superficie scivolosa (es. bagnata o ghiacciata)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12	Far visita a conoscenti, amici o parenti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13	Camminare in un luogo affollato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14	Camminare su una superficie irregolare (es. strada sassosa, pavimento sconnesso)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15	Camminare in salita o in discesa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16	Uscire per un evento sociale (es. messa, riunione familiare, riunione in un circolo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>