



O

MEDICINA DI GENERE
QUESTIONARIO

Età

- < 65 anni
- 65 – 75
- 75 e oltre

Stato civile

- Nubile
- Coniugata
- Separata/ divorziata
- Vedova

Lavoro di cura: si occupa regolarmente di famigliari non autosufficienti?

- Sì
- No

Di bambini?

- Sì
- No

Come percepisce il suo stato di salute?

- Ottimo
- Buono
- Discreto
- Cattivo

Soffre di patologie croniche?

- Sì
- No

Se sì:

- Una patologia
- Più di una patologia

Fà regolarmente esami o visite di controllo ?

- Sì
- No

Se sì, quali?

- Esami del sangue
- Visite ginecologiche
- Controlli dentistici
- Visite oculistiche
- Misurazione della pressione
- Visite di prevenzione oncologica (pap test, mammografie, ecc)
- Visite periodiche di controllo per le sue patologie

Quanti tipi di farmaci assume giornalmente?

- Nessuno
- Uno
- Più di uno

Assume farmaci, non prescritti dal curante, acquistati come automedicazione?

- Mai
- A volte

- Spesso

Fa attività fisica

- Sì
- Saltuariamente
- Mai

Segue una dieta alimentare?

- Sì
- No

Ha difficoltà a prendersi cura della sua salute? :

Per mancanza di tempo

- Sì
- No

Per difficoltà economiche

- Sì
- No

Sa che cos'è la medicina di genere?

- Sì
- No

Sa che in alcune patologie (*es. infarto*) i sintomi sono diversi tra uomo e donna ?

- Sì
- No

Sa che il dosaggio di alcuni farmaci e il loro effetto può variare da uomo a donna ?

- Sì
- No

Si sente seguita, come donna, dal suo medico curante?

- Sì
- No

Asl di appartenenza:

- Asl Città di Torino (ex To1 / To2)
- Asl To 3
- Asl To 4
- Asl To 5

Note/ osservazioni:

Grazie della collaborazione