

Dizziness Handicap Inventory (DHI) (Italiano)

Fonte: Nola G, Mostardini C, Salvi C, Ercolani AP, Ralli G. Validity of Italian adaptation of the Dizziness Handicap Inventory (DHI) and evaluation of the quality of life in patients with acute dizziness. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2010;30(4):190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21253284/>

Nome: _____ Data di nascita: _____ Data: _____

Manuale:

Questo questionario è progettato per aiutarti a capire i problemi che potresti avere a causa delle vertigini o dei problemi di equilibrio. Rispondi a ogni domanda con "sì", "no" o "talvolta". Rispondi a ogni domanda solo riguardo al tuo capogiro o al tuo problema di equilibrio.

	Domande	Si 4	Talvolta 2	No 0
P1	Il suo problema aumenta guardando in alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	A causa del suo problema si sente frustrato/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	A causa del suo problema limita i suoi viaggi di lavoro o di svago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Camminare lungo un corridoio di un supermarket aumenta il suo problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	A causa del suo problema ha difficoltà a coricarsi o alzarsi dal letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6	Il suo problema limita significativamente la sua partecipazione ad attività sociali come andare fuori a cena, o al cinema, o a ballare o partecipare a una festa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7	A causa del suo problema ha difficoltà a leggere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8	Effettuare attività sportive o di ballo o svolgere lavori domestici come spazzare o mettere via i piatti, aumenta il suo problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9	A causa del suo problema, è preoccupato/a se deve uscire da casa senza essere accompagnato/a da qualcuno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10	A causa del suo problema si sente imbarazzato/a di fronte ad altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P11	Movimenti veloci della sua testa aumentano il problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Domande	Si 4	Talvolta 2	No 0
F12	A causa del suo problema evita luoghi alti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13	Girarsi nel letto aumenta il suo problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F14	A causa del suo problema è difficile per lei eseguire lavori di casa faticosi o di precisione? Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15	A causa del suo problema teme che la gente possa pensare che lei sia intossicato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F16	A causa del suo problema le è difficile passeggiare da solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17	Camminare sul marciapiede aumenta il suo problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E18	A causa del suo problema le è difficile concentrarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19	A causa del suo problema le è difficile camminare in casa al buio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E20	A causa del suo problema ha paura di restare solo/a a casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E21	A causa del suo problema si sente handicappato/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22	Il suo problema le ha causato difficoltà nelle relazioni con qualcuno della sua famiglia o dei suoi amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23	A causa del suo problema si sente depresso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F24	Il suo problema interferisce con il lavoro o le responsabilità familiari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P25	Piegarsi in avanti aumenta il suo problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totale	/100		