SCHEDA ANAMNESTICA PER UTENTI DI SESSO FEMMINILE

La seguente scheda raccoglie alcune informazioni circa la tua storia e la tua vita quotidiana. La scheda è anonima. Ti chiediamo di indicare la tua risposta dopo ogni domanda.
Dopo aver completato la scheda, ti invitiamo a riporla nella cassettina sigillata che troverai in accettazione.
Ti ringraziamo sin d'ora per la tua partecipazione a questo sondaggio, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure ricevute dalle donne all'interno del Servizio di Salute Mentale.

Data di oggi (giorno/mese/anno) ___/____/_____

È la prima volta che accedi a questo servizio psichiatrico territoriale?

- Si
- No (in quale anno c'è stato il primo accesso? _____)

Quanti anni hai? _____

In quale genere ti identifichi?

- Femmina
- Maschio
- Non binario
- Preferisco non rispondere

Quale è la tua nazionalità? _____

Residenza: (CAP) _____

Quale è il tuo titolo di studio?

- Elementari
- Diploma di scuole Medie Inferiori
- Diploma di Scuole superiori
- Laurea
- post laurea
- altro (specificare) _____

Al momento lavori?

- Si (dove? _____Con che mansione? _____ Quante ore di lavoro svolgi alla settimana? _____)
- No

Percepisci un'invalidità? Si/no _____

Con chi vivi?

- Da sola
- Con il/la partner
- Con i genitori
- Da sola con figlio/figlia/figli
- Con amici/conoscenti
- Con il/la partner e figlio/figlia/figli

Il/la tu/a partner lavora? ○ Si ○ No ○ Non ho un/una partner

Dove vivi?

- ○ Abitazione in affitto
- ○ Abitazione di proprietà
- ○ Gruppo appartamento
- ○ Casa famiglia
- ○ Residenza
- ○ Altro _____

Da chi vengono svolti i lavori domestici in casa tua? _____

In base al tuo reddito annuale dove ti collochi rispetto a queste fasce?

- ○ Non ho reddito
- ○ fino a 15.000 euro lordi annui
- ○ da 15.000 a 28.000 euro lordi annui
- ○ da 28.000 a 50.000 euro lordi annui
- ○ oltre i 50.000 euro lordi annui
- ○ non lo so

Hai la patente di guida? ○ Si ○ No

Possiedi un'automobile? ○ Si ○ No

Possiedi un altro mezzo di locomozione? ○ Si, quale? _____ ○ No

Sai usare i mezzi i mezzi pubblici di trasporto? ○ Si ○ No

Quante gravidanze hai avuto? (Inserire numero) _____

Hai dei figli?

- ○ Si (anno di nascita_____)
- ○ No

Chi si prende cura dei figli? _____

Stai allattando al seno? ○ Si ○ No

Stai pianificando una gravidanza? ○ Si ○ No

Hai un ginecologo di fiducia? ○ Si ○ No

Se sì, quando è stato l'ultimo appuntamento? _____

Ti sei mai recata al consultorio pubblico? ○ Si ○ No

Quale metodo contraccettivo hai utilizzato negli ultimi 90 giorni? (Selezionare tutto ciò che hai utilizzato negli ultimi 90 giorni)

- ○ Pillola anticoncezionale
- ○ Preservativo maschile
- ○ Preservativo femminile
- ○ Dispositivo intrauterino (spirale)
- ○ Diaframma
- ○ impianto o iniezione contraccettiva
- ○ Legatura delle tube
- ○ Metodo barriera ("coito interrotto")

- Altri (specificare: _____)
- Nessuno

Sei vaccinata per l'HPV (Papilloma virus)? ○ Si ○ No

Hai mai eseguito uno screening di controllo per tumore del collo dell'utero (Pap test o "striscio")?
- Si (quando è stata l'ultima volta? Mese/anno_____)
- No

Ti sei mai sottoposta ad una mammografia di screening per il tumore al seno?
- Si (quando è stata l'ultima volta? Mese/anno _____)
- No

Ti sei mai sottoposta ad un'ecografia al seno?
- Si (quando è stata l'ultima volta? Mese/anno _____)
- No

Il tuo ciclo mestruale è regolare? ○ Si ○ No

Sei in menopausa? ○ Si ○ No

Quali farmaci stai assumendo attualmente? (Psicofarmaci e farmaci prescritti dal medico di medicina generale ad es. farmaci per il diabete, per la pressione…)
Farmaci attuali: _____

Quali effetti collaterali hai avuto nell'ultimo anno?
- Aumento di peso
- Perdita di capelli
- Problemi mestruali (Amenorrea-assenza di ciclo mestruale-, Dismenorrea-ciclo mestruale irregolare)
- Galattorrea (produzione di liquido lattescente dal seno)
- Sensazione di seno gonfio o dolente
- Riduzione del desiderio sessuale
- Difficoltà nel raggiungere l'orgasmo
- Nessuno
- Altri (specificare: _____)

Fai attività sportiva?
- Si (che attività svolgi? _____ Con quale frequenza? _____)
- No

Cosa fai nel tuo tempo libero?
_____
_____

Hai un gruppo di amici che frequenti regolarmente? ○ Si ○ No
Frequenti un circolo, una associazione, un partito politico, la parrocchia/gruppo religioso?
- Si (specifica quale: _____)

- No

Hai una amica che ti aiuta nei momenti di difficoltà? ○ Si ○ No

Fai uso di alcool?

○ Si	= Una volta al mese o meno	= 2-4 volte al mese	= 2-3 volte a settimana	= 4 o più volte a settimana
○ No				

Le seguenti domande hanno l'obiettivo di individuare eventi potenzialmente traumatici passati o attuali.
Hai mai avuto un grave incidente sul lavoro, in auto o da qualche altra parte?

- Si, specifica di seguito _____
- No

Hai mai sperimentato un disastro naturale (un'alluvione o un forte terremoto), o un disastro causato dall'uomo (incidente ferroviario, crollo edificio ecc)., In cui sentivi che tu o i tuoi cari eravate in pericolo di morte o lesioni, o hai mai visto qualcuno gravemente ferito o ucciso?

- Si, specifica di seguito _____
- No

Hai mai avuto rapporti sessuali contro la tua volontà o sei stata vittima di molestie?

- Si _____
- No

Hai vissuto qualche altra situazione o evento straordinariamente stressante che non è trattato sopra?

- Si, specificare di seguito_____
- No

In merito al Servizio di Salute Mentale di Ferrara:
Hai avuto delle difficoltà ad accedere al Servizio di Salute Mentale in quanto donna?

- Si, perché_____
- No, perché _____

Ti sei mai sentita giudicata dalla società, dalla famiglia, dai servizi a causa della tua sofferenza psichiatrica?

- Si, _____Da chi? _____
- No

I tuoi sintomi sono mai stati sottovalutati, dicendo che eri troppo drammatica o che lo facevi per attirare l'attenzione?

- Si, _____Da chi? _____
- No

Il tuo grado di sofferenza è mai stato sottovalutato perché dall'esterno sembrava che tu non stessi soffrendo o apparissi troppo "in forma" per avere un disturbo psichiatrico?

- Si, _____
- No