

PICS



2011

Edizione Originale Italiana

PICS: Copyright 2011 - Alessandra Solari, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta, Via Celoria 11, 20133 Milano

alessandra.solari@istituto-besta.it

© Tutti i diritti riservati

Scala PICS

La scala PICS ha lo scopo di conoscere la sua esperienza relativa alla visita del: ____/____/____
giorno mese anno

Per favore indichi, per ogni affermazione, la casella che meglio corrisponde a quanto avvenuto durante la visita. Non tralasci nessuna delle 13 affermazioni.

	<i>Del tutto</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Poco</i>	<i>Per nulla</i>
1. Il medico mi ha chiesto se sono d'accordo con le sue decisioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il medico mi ha spiegato i miei sintomi e/o la terapia in modo esauriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il medico mi ha chiesto quale sia, secondo me, la causa dei miei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il medico mi ha incoraggiato/a a parlare delle mie preoccupazioni riguardo ai miei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il medico mi ha incoraggiato/a ad esprimere il mio parere riguardo alla mia terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ho chiesto al medico spiegazioni più dettagliate sulla terapia e/o sugli esami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ho chiesto consigli al medico riguardo ai miei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ho descritto molto dettagliatamente i miei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ho posto molte domande al medico riguardo ai miei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ho suggerito al medico una determinata terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ho insistito su un particolare tipo di esame e/o terapia per i miei sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ho espresso dei dubbi sugli esami e/o terapie proposti dal medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ho dato il mio parere (favorevole o sfavorevole) sul tipo di esami e/o terapie prescritti dal medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>