

# Questionario sulla soddisfazione per il trattamento delle vene - Fase iniziale (VenousTSQe)

Di recente ha subito un intervento per il trattamento delle vene varicose. Le domande che seguono riguardano la Sua esperienza prima, durante e/o dopo l'intervento. La preghiamo di rispondere a ogni domanda facendo un cerchietto attorno a un numero sulla scala e/o spuntando una casella.

1a. Prima dell'intervento, Le sono state date informazioni sui seguenti possibili aspetti del trattamento delle vene varicose? Di seguito, La preghiamo di selezionare una casella per ogni aspetto del trattamento.

	sì	no	non ricordo
i. Dettagli relativi all'intervento previsto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Livelli di disagio/dolore previsti per l'intervento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Effetti collaterali/postumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. Attività/movimenti consigliate/i o limitate/i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Cure successive all'intervento (prendersi cura di sé sotto tutti gli aspetti dopo l'intervento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi. Tempi di recupero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1b. Prima dell'intervento, una qualunque delle informazioni di cui sopra Le è stata fornita in forma scritta?

sì       no       non ricordo

1c. Nel complesso, quanto è soddisfatto/a delle informazioni che Le sono state fornite?

molto soddisfatto/a    6    5    4    3    2    1    0    molto insoddisfatto/a

2. Prima dell'intervento, quanto era preoccupato/a per il trattamento delle vene varicose?

per niente preoccupato/a    6    5    4    3    2    1    0    molto preoccupato/a

3. Quanto Le ha dato fastidio la quantità di disagio o dolore che ha avuto durante l'intervento?

per niente fastidio    6    5    4    3    2    1    0    molto fastidio

NOT FOR USE: This is a shortened sample only.

For use of the full questionnaire, please contact [info@healthpsychologyresearch.com](mailto:info@healthpsychologyresearch.com)