

## Chronic Otitis Media Questionnaire - 12 (COMQ-12)

Le seguenti domande hanno l'obiettivo di individuare quanto la sua patologia otologica influisce sulla sua qualità di vita. Nessuna macchina può dircelo: solo lei può rispondere. Ci aspettiamo che i risultati di tale questionario ci aiutino a capire quali sintomi siano più rilevanti per lei.

Questo ci aiuterà a migliorare il modo di seguire nel tempo i pazienti affetti da patologia otologica.

Per favore risponda alle seguenti domande valutando attentamente il quesito richiesto e cerchiando il numero appropriato; ciascun numero si riferisce a una particolare risposta. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma la preghiamo di ragionare attentamente su ciascuna domanda prima di cerchiare il numero appropriato. Consideri ciascun sintomo o evento in riferimento agli ultimi sei mesi.

### ESEMPIO:

*Per la seguente domanda indichi con quale frequenza pratica questa attività usando la scala numerica sottostante e cerchiando il numero corrispondente alla sua risposta:*

- 0 *Mai*
- 1 *Almeno una volta ogni 3 mesi*
- 2 *Almeno una volta al mese*
- 3 *Almeno una volta a settimana*
- 4 *Diversi giorni a settimana*
- 5 *Sempre*

**Quanto spesso mangia toast a colazione?**

0 1 2 3 4 5

Si intende che la persona che ha risposto alla domanda di solito, ma non sempre, mangia toast a colazione

Per le seguenti domande indichi con che grado di severità i vari elementi descritti le causano disagio, usando la scala numerica sottostante e cerchiando il numero corrispondente alla sua risposta:

- 0 Non mi provoca alcun disagio
- 1 Mi provoca un piccolo disagio
- 2 Mi provoca un moderato disagio
- 3 Mi provoca un grande disagio ma posso sopportarlo
- 4 Mi provoca un grande disagio e faccio fatica a sopportarlo
- 5 È la cosa peggiore della mia vita

**Severità dei sintomi:**

1.	Fuoriuscita di secrezioni dall'orecchio	0	1	2	3	4	5
2.	Emanazione di cattivi odori dall'orecchio	0	1	2	3	4	5
3.	Difficoltà uditive in ambiente domestico, ad es. tali da richiedere un aumento del volume della TV o della radio	0	1	2	3	4	5
4.	Difficoltà a capire quando parla con altre persone in gruppo o in ambienti rumorosi	0	1	2	3	4	5
5.	Dolore all'orecchio o alle regioni circostanti	0	1	2	3	4	5
6.	Capogiri o senso di instabilità	0	1	2	3	4	5
7.	Acufeni o rumori nell'orecchio	0	1	2	3	4	5

Per le seguenti domande indichi con quale frequenza le capitano le diverse situazioni elencate usando la scala numerica sottostante e cerchiando il numero corrispondente alla sua risposta:

- 0 *Meno di una volta ogni 6 mesi*
- 1 *Almeno una volta ogni 6 mesi*
- 2 *Almeno una volta ogni 3 mesi*
- 3 *Almeno una volta al mese*
- 4 *Almeno una volta a settimana*
- 5 *Diversi giorni a settimana*

### **Stile di vita e impatto lavorativo:**

Quanto spesso **NON** riesci a:

- |    |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. | Praticare le normali attività quotidiane a casa/lavoro?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Lavarsi, fare la doccia o il bagno come vorrebbe?<br>Ad es. quanto spesso ha avuto infezioni dell'orecchio<br>in seguito a tali attività? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### **Impatto sul Sistema Sanitario:**

- |     |  |   |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|
| 10. | Quanto spesso si reca dal medico per i suoi<br>problemi di orecchio?                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Quanto spesso assume farmaci (incluse<br>gocce otologiche) per i suoi problemi di<br>orecchio? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Per la seguente domanda indichi il grado di severità dell'elemento indicato in una scala da '0' a '5'. '0' significa per niente, '5' significa la cosa peggiore che potrebbe immaginare:

### **Generale:**

- |     |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. | In che grado i suoi problemi di orecchio la<br>demoralizzano? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|

Per favore verifichi di aver risposto a tutte le domande e chiedi spiegazioni per ogni difficoltà.

Grazie per aver partecipato.