



KIDSCREEN-10 index

Health Questionnaire for Children and Young People

Parent Version
Italian (IT)

Giorno: _____
Mese Anno

Caro Genitore,

Come sta suo/a figlio/a? Come si sente? Questo è quello che vorremmo sapere da lei.

E' pregato di rispondere alle seguenti domande nel migliore dei modi, assicurandosi che la risposta rifletta effettivamente la realtà di suo/a figlio/a.

E' pregato di fare riferimento all'esperienze vissute da suo figlio/a nell'ultima settimana.

La salute di tuo figlio/a

Ripensando alla scorsa settimana...

1.	Suo/a figlio/a si è sentito/a bene e in forma?	per nulla <input type="radio"/>	poco <input type="radio"/>	moderata- mente <input type="radio"/>	molto <input type="radio"/>	estrema- mente <input type="radio"/>
2.	Suo/a figlio/a si è sentito pieno di energie?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
3.	Suo/a figlio/a si è sentito/a triste?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
4.	Suo/a figlio/a si è sentito/a solo/a?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	Suo/a figlio/a ha avuto abbastanza tempo per se stesso?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
6.	Suo/a figlio/a ha avuto il tempo di fare ciò che desiderava fare nel suo tempo libero?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
7.	Suo/a figlio/a ha sentito che i suoi genitori lo trattavano giustamente?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
8.	Suo/a figlio/a si è divertito/a con i suoi amici?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
9.	Suo/a figlio/a è andato/a bene a scuola?	per nulla <input type="radio"/>	poco <input type="radio"/>	moderata- mente <input type="radio"/>	molto <input type="radio"/>	estrema- mente <input type="radio"/>
10.	Suo/a figlio/a è riuscito a prestare attenzione a scuola?	mai <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	abbastanza spesso <input type="radio"/>	molto spesso <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

In generale, come valuta la salute di suo figlio/a?

- ☐ eccellente
- ☐ molto buona
- ☐ buona
- ☐ discreta
- ☐ scarsa