

Italiano ACSS[®] Questionario

Parte A - Prima visita (modulo di diagnosi)

Ora: : Data della valutazione: / / (gg/mm/aaaa)

Prego indicare se hai presentato uno dei seguenti sintomi nelle ultime 24 ore e quanto sono stati intensi

(segnare una sola risposta per ogni sintomo)

		0	1	2	3
Tipici Sintomi	1	<input type="checkbox"/> No 4 o meno volte al giorno	<input type="checkbox"/> Sì, lieve 5-6 volte al giorno	<input type="checkbox"/> Sì, moderato 7-8 volte al giorno	<input type="checkbox"/> Sì, grave 9-10 o più volte al giorno
	2	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	3	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	4	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	5	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	6	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave

Somma del punteggio "tipico" = ____ punti

Differenziali	7	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	8	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	9	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	10	<input type="checkbox"/> No ≤37,5°C	<input type="checkbox"/> Sì, lieve 37,6-37,9°C	<input type="checkbox"/> Sì, moderato 38,0-38,9°C	<input type="checkbox"/> Sì, grave >39,0°C

Somma del punteggio "differenziale" = ____ punti

Qualità della Vita	11	Prego dare un punteggio complessivo su quanto i sintomi precedentemente menzionati ti hanno infastidita nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)			
		<input type="checkbox"/> 0 Nessun fastidio avvertito (nessun sintomo, stata bene come al solito) <input type="checkbox"/> 1 Sensazione di fastidio lieve (sensazione di qualcosa di peggiore rispetto al solito) <input type="checkbox"/> 2 Sensazione di fastidio moderato (sensazione abbastanza cattiva) <input type="checkbox"/> 3 Sensazione di fastidio estremo (sensazione terribile)			
	12	Prego scegliere il numero che maggiormente descrive quanto il tuo normale lavoro/attività quotidiane sono influenzate dai tuoi sintomi, sopra menzionati, nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)			
		<input type="checkbox"/> 0 Nessuna variazione (attività quotidiane svolte normalmente) <input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (attività quotidiane svolte con qualche difficoltà) <input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (attività quotidiane svolte con sforzo significativo) <input type="checkbox"/> 3 Alterate fortemente (attività quotidiane pressoché impossibili da svolgere)			
	13	Indicare quanto le tue attività sociali sono state influenzate dai sintomi precedentemente menzionati nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)			
		<input type="checkbox"/> 0 Nessuna modifica (attività sociali svolte normalmente) <input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (impossibilità di svolgere qualche attività sociale) <input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (capacità di svolgere solo qualche attività sociale) <input type="checkbox"/> 3 Alterate estremamente (impossibilità di svolgere nessuna attività sociale – i sintomi mi tengono "prigioniera,, in casa)			

Somma del punteggio "Qualità della vita" = ____ punti

Addizionale	14	Indicare se oggi hai avuto una delle seguenti condizioni			
		Mestruazioni ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
		Sintomi premestruali ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
		Sintomi della menopausa ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
		Sei incinta ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
	Hai il diabete mellito ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì		

©The Acute Cystitis Symptom Score (ACSS) è protetto da copyright (www.acss.world), ma è gratuito per uso personale. Per studi clinici o uso commerciale, si prega di chiedere ai titolari del copyright (info@acss.world).

Italiano ACSS, Di Vico et al 2020 antibiotics 9, 104. doi:10.3390/antibiotics9030104

Italiano ACSS[®] Questionario

Parte B - Visita di controllo (modulo di seguito)

Ora: : Data della valutazione: / / (gg/mm/aaa)

Prego indicare se hai provato qualche cambiamento nei tuoi sintomi da quando hai compilato la prima parte di questo questionario (dare una sola risposta)

Dinamici	<input type="checkbox"/> 0 Ora mi sento tornata alla normalità (tutti i sintomi sono scomparsi)
	<input type="checkbox"/> 1 Ora mi sento molto meglio (la maggioranza dei sintomi sono scomparsi)
	<input type="checkbox"/> 2 Ora mi sento un po' meglio (la maggioranza dei sintomi sono ancora presenti)
	<input type="checkbox"/> 3 Nessun cambiamento ora, mi sento pressoché uguale (nessun cambiamento dei sintomi)
	<input type="checkbox"/> 4 Ora mi sento peggio (la mia condizione è peggiorata)

Prego indicare se hai presentato uno dei seguenti sintomi nelle ultime 24 ore e quanto sono stati intensi

(segnare una sola risposta per ogni sintomo)

		0	1	2	3
Tipici Sintomi	1 Minzione frequente di piccole quantità di urina (necessità di andare al bagno molto spesso)	<input type="checkbox"/> No 4 o meno volte al giorno	<input type="checkbox"/> Sì, lieve 5-6 volte al giorno	<input type="checkbox"/> Sì, moderato 7-8 volte al giorno	<input type="checkbox"/> Sì, grave 9-10 o più volte al giorno
	2 Minzione urgente (desiderio intenso e incontrollabile di urinare)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	3 Sensazione di dolore o bruciore durante la minzione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	4 Svuotamento vescicale incompleto dopo la minzione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	5 Dolore o pressione fastidiosa nella parte bassa dell'addome (area sovrapubica)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	6 Sangue visibile nelle tue urine	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave

Somma del punteggio "tipico" = ____ punti

Differenziali	7 Dolore lombare (parte bassa della schiena)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	8 Secrezioni vaginali (soprattutto al mattino)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	9 Secrezioni uretrali (senza minzione)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	10 Temperatura corporea elevata (brividi/febbre) (si prega di indicare se misurato)	<input type="checkbox"/> No ≤37,5°C	<input type="checkbox"/> Sì, lieve 37,6 – 37,9°C	<input type="checkbox"/> Sì, moderato 38,0-38,9°C	<input type="checkbox"/> Sì, grave ≥39,0°C

Somma del punteggio "differenziale" = ____ punti

Qualità della Vita	11 Prego dare un punteggio complessivo su quanto i sintomi precedentemente menzionati ti hanno infastidita nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)
	<input type="checkbox"/> 0 Nessun fastidio avvertito (nessun sintomo, stata bene come al solito) <input type="checkbox"/> 1 Sensazione di fastidio lieve (sensazione di qualcosa di peggiore rispetto al solito) <input type="checkbox"/> 2 Sensazione di fastidio moderato (sensazione abbastanza cattiva) <input type="checkbox"/> 3 Sensazione di fastidio estremo (sensazione terribile)
	12 Prego scegliere il numero che maggiormente descrive quanto il tuo normale lavoro/attività quotidiane sono influenzate dai tuoi sintomi, sopra menzionati, nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)
Qualità della Vita	<input type="checkbox"/> 0 Nessuna variazione (attività quotidiane svolte normalmente) <input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (attività quotidiane svolte con qualche difficoltà) <input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (attività quotidiane svolte con sforzo significativo) <input type="checkbox"/> 3 Alterate fortemente (attività quotidiane pressoché impossibili da svolgere)
	13 Indicare quanto le tue attività sociali sono state influenzate dai sintomi precedentemente menzionati nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)
Qualità della Vita	<input type="checkbox"/> 0 Nessuna modifica (attività sociali svolte normalmente) <input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (impossibilità di svolgere qualche attività sociale) <input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (capacità di svolgere solo qualche attività sociale) <input type="checkbox"/> 3 Alterate estremamente (impossibilità di svolgere nessuna attività sociale – i sintomi mi tengono "prigioniera,, in casa)

Somma del punteggio "Qualità della vita" = ____ punti

Addizionale	14 Indicare se oggi hai avuto una delle seguenti condizioni		
	Mestruazioni ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	Sintomi premestruali ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	Sintomi della menopausa ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	Sei incinta ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	Hai il diabete mellito ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì