

Paziente _____

Torino _____

Dizziness Handicap Inventory (DHI-I)

M	1.	Il suo problema aumenta guardando in alto?	Si	Talvolta	No
E	2.	A causa del suo problema si sente frustrato/a?	Si	Talvolta	No
F	3.	A causa del suo problema limita i suoi viaggi di lavoro o di svago?	Si	Talvolta	No
M	4.	Camminare lungo un corridoio di un supermarket aumenta il suo problema?	Si	Talvolta	No
F	5.	A causa del suo problema ha difficoltà a coricarsi o alzarsi dal letto?	Si	Talvolta	No
F	6.	Il suo problema limita significativamente la sua partecipazione ad attività sociali come andare fuori a cena, o al cinema, o a ballare o partecipare a una festa?	Si	Talvolta	No
F	7.	A causa del suo problema ha difficoltà a leggere?	Si	Talvolta	No
M	8.	Effettuare attività sportive o di ballo o svolgere lavori domestici come spazzare o mettere via i piatti, aumenta il suo problema?	Si	Talvolta	No
F	9.	A causa del suo problema, è preoccupato/a se deve uscire da casa senza essere accompagnato/a da qualcuno?	Si	Talvolta	No
E	10.	A causa del suo problema si sente imbarazzato/a di fronte ad altri?	Si	Talvolta	No
M	11.	Movimenti veloci della sua testa aumentano il problema?	Si	Talvolta	No
F	12.	A causa del suo problema evita luoghi alti?	Si	Talvolta	No
M	13.	Girarsi nel letto aumenta il suo problema?	Si	Talvolta	No
F	14.	A causa del suo problema è difficile per lei eseguire lavori di casa faticosi o di precisione?	Si	Talvolta	No
E	15.	A causa del suo problema teme che la gente possa pensare che lei sia intossicato?	Si	Talvolta	No
F	16.	A causa del suo problema le è difficile passeggiare da solo/a?	Si	Talvolta	No
M	17.	Camminare sul marciapiede aumenta il suo problema?	Si	Talvolta	No
E	18.	A causa del suo problema le è difficile concentrarsi?	Si	Talvolta	No
F	19.	A causa del suo problema le è difficile camminare in casa al buio?	Si	Talvolta	No
E	20.	A causa del suo problema ha paura di restare solo/a a casa?	Si	Talvolta	No
E	21.	A causa del suo problema si sente handicappato/a?	Si	Talvolta	No
E	22.	Il suo problema le ha causato difficoltà nelle relazioni con qualcuno della sua famiglia o dei suoi amici?	Si	Talvolta	No
E	23.	A causa del suo problema si sente depresso/a?	Si	Talvolta	No
F	24.	Il suo problema interferisce con il lavoro o le responsabilità familiari?	Si	Talvolta	No
M	25.	Piegarsi in avanti aumenta il suo problema?	Si	Talvolta	No

Come leggerlo

Risposta	Segnare
SI	4 punti
a volte	2 punti
NO	0 punti

Punteggio:	
Piano Motorio (M)	
Piano Funzionale (F)	
Piano Emozionale (E)	
Totale	
Modificato da NOLA et al (2010)	

Risultati

Fino a 20	nessun handicap
Fra 21 e 29	handicap lieve
Fra 30 e 60	handicap moderato
Oltre 60	handicap grave