

Short FES-I

Ora le vorrei fare alcune domande per sapere quanto La preoccupa la possibilità di cadere. Per favore mi risponda pensando a come di solito effettua ciascuna attività. Se in questo periodo non fa un'attività (ad esempio, perchè qualcuno va a fare spesa per Lei) risponda pensando a come Lei si sentirebbe preoccupato di cadere nel caso in cui la facesse davvero. Per favore barri la casella che è più vicina alla sua opinione per far capire quanto è preoccupato di poter cadere nel fare ciascuna delle seguenti attività.

		<i>Non mi preoccupa affatto 1</i>	<i>Mi preoccupa un po' 2</i>	<i>Mi preoccupa abbastanza 3</i>	<i>Mi preoccupa molto 4</i>
1	Vestirsi o spogliarsi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Fare il bagno o la doccia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Sedersi o alzarsi da una sedia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Salire o scendere le scale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Prendere un oggetto posto sopra la testa o a terra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Camminare in salita o in discesa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Uscire per un evento sociale (es. messa, riunione familiare, riunione in un circolo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>