



Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura



Oncologia Domiciliare

## Xerostomia Questionnaire (XQ)

<b>1ª parte: intensità della xerostomia</b>				
<b>Xerostomia</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Assente				
A volte, parziale				
Sempre, parziale				
Secchezza completa, disturbante				
<b>Dolore</b>				
Assente				
Raramente, minimo				
Sempre, forte				
Insopportabile				
<b>Riduzione del gusto</b>				
Mai				
Raramente, minimo				
A volte, notevole				
Sempre				
<b>Disfagia</b>				
Nessun problema ad ingoiare				
Difficoltà con i cibi solidi				
Difficoltà anche con i cibi morbidi				
Difficoltà anche con i liquidi				

<b>2ª parte: qualità della vita</b>					
<b>La mia xerostomia</b>	<b>Per nulla (1)</b>	<b>Un po' (2)</b>	<b>Moderatamente (3)</b>	<b>Molto (4)</b>	<b>Moltissimo (5)</b>
Limita la quantità e il tipo di cibo che posso assumere					
Mi causa una sgradevole sensazione in bocca					
Mi crea ansia					
Limita la mia vita sociale					
Mi crea imbarazzo nel mangiare davanti agli altri					
Mi rende difficile parlare in pubblico					
Mi crea depressione					
Limita le mie attività quotidiane					
Disturba la mia intimità					
Riduce il mio appetito o crea un'alterazione del gusto					
Diminuisce la mia voglia di vivere					
Invade ogni aspetto della mia vita					
Non potrò sopportare questa situazione per il resto della mia vita					

