

Dizziness Handicap Inventory (DHI)

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

Come leggerlo

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

Risultati

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