

C'era una volta... il Farmaco

QUESTIONARIO

DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE



PROGETTO DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE SU
“USO SICURO DEI FARMACI ALL’INTERNO DEI REPARTI PEDIATRICI DEGLI OSPEDALI DI ROMA”



REGIONE
LAZIO

regione.lazio.it

Questionario di valutazione

1. Una volta all'interno del nostro corpo i farmaci:

- ☐ A. si trasformano e svolgono la loro azione curativa nell'intestino;
- ☐ B. si trasformano e si legano al sito d'azione per svolgere l'azione curativa;
- ☐ C. si trasformano in sostanze chiamate eccipienti che svolgono l'azione curativa.

2. Cosa Significa prendere un farmaco a stomaco vuoto?

- ☐ A. Da 30 a 0 minuti prima dei pasti;
- ☐ B. 3 o 4 ore prima dei pasti;
- ☐ C. un'ora prima o 2 ore dopo i pasti.

3. Cosa potrebbe causare un'interazione del cibo con un farmaco?

- ☐ A. Impedire che un farmaco lavori nel modo in cui avrebbe dovuto;
- ☐ B. farlo lavorare peggio o troppo;
- ☐ C. entrambe le risposte precedenti sono corrette.

4. Dove devono essere conservati i medicinali?

- ☐ A. In bagno o in cucina;
- ☐ B. in un armadietto posto in alto o in un cassetto chiuso a chiave, in locali con temperatura né troppo alta né troppo bassa, in frigorifero se previsto dal foglietto illustrativo;
- ☐ C. su una mensola bassa così tutti possono prenderli facilmente.

5. Dove vanno gettati i medicinali?

- ☐ A. Nel lavandino o nel WC;
- ☐ B. negli appositi contenitori per la raccolta differenziata dei farmaci posti solitamente all'esterno o all'interno delle farmacie;
- ☐ C. nel bidone della spazzatura.

6. A cosa serve il foglietto illustrativo?

- ☐ A. Per conoscere come è composto il farmaco; perché, come e per quanto tempo deve essere assunto; come deve essere conservato e quali problemi possono esserci se si associa con cibi o altri medicinali;
- ☐ B. a niente, può essere gettato nella spazzatura;
- ☐ C. a niente, perché se ho dubbi su come assumere il mio medicinale, chiedo aiuto ad un mio amico.

7. Gli antibiotici sono utili contro l'influenza e il raffreddore?

- ☐ A. No, perché gli antibiotici non funzionano contro i virus;
- ☐ B. sì, perché gli antibiotici uccidono tutti i tipi di microbi;
- ☐ C. non so.

8. Si possono usare gli antibiotici rimasti in casa o consigliati dagli amici?

- ☐ A. Sempre, gli antibiotici sono tutti uguali;
- ☐ B. non so;
- ☐ C. mai, il medico deve prescrivere l'antibiotico giusto per ogni infezione.

(...Segue)

9. La resistenza agli antibiotici potrebbe comparire se:

- ☐ A. si interrompe la terapia prima del tempo;
- ☐ B. non si usa l'antibiotico giusto;
- ☐ C. entrambe le risposte sono giuste.

10. Come sono fatti i vaccini?

- ☐ A. Sono costituiti da microbi morti o fortemente indeboliti;
- ☐ B. sono costituiti dal latte vaccino;
- ☐ C. non so.

11. I vaccini servono:

- ☐ A. per curare le malattie infettive;
- ☐ B. per prevenire alcune malattie infettive;
- ☐ C. non so.

12. I vaccini funzionano in questo modo:

- ☐ A. uccidono i virus e i batteri;
- ☐ B. attivano il sistema immunitario a produrre gli anticorpi contro i microbi responsabili delle malattie;
- ☐ C. non so.

13. Quando si va in vacanza:

- ☐ A. si possono portare tutte le medicine che si hanno in casa;
- ☐ B. si possono portare soltanto le medicine che servono per l'influenza;
- ☐ C. si possono portare le medicine che i genitori già sanno che potrebbero essere utili.

14. In aereo:

- ☐ A. si possono portare tutte le medicine;
- ☐ B. si possono portare soltanto le medicine i cui contenitori rispettano le regole di viaggio;
- ☐ C. si possono portare soltanto le medicine per la nausea e il vomito.

15. Quando si parte:

- ☐ A. bisogna portare la tessera sanitaria;
- ☐ B. non serve la tessera sanitaria;
- ☐ C. bisogna portare soltanto la tessera sanitaria dei genitori.



PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE DELLO STUDIO

ID del Paziente

Genere

Malattie croniche

Se "Sì", specificare:

Data di nascita / /

☐ Maschio ☐ Femmina

☐ No ☐ Sì

- ☐ - Fibrosi cistica
- ☐ - Diabete tipo I
- ☐ - Cardiopatie congenite
- ☐ - Malattie metaboliche
- ☐ - Malattie croniche respiratorie
- ☐ - Malattie croniche renali
- ☐ - Malattie croniche neuromuscolari
- ☐ - Malattie croniche gastrointestinali
- ☐ - Sindromi genetiche
- ☐ - Altro, indicare

IMPORTANTE

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE
AL TIPO DI QUESTIONARIO

Questionario
PRE-INCONTRO

Questionario
POST-INCONTRO

CENTRO PARTECIPANTE *(In ordine alfabetico)*



- ☐ - AO San Camillo – Forlanini
- ☐ - ASL Roma 2 – Ospedale Sandro Pertini
- ☐ - ASL Roma 2 – Ospedale Sant'Eugenio
- ☐ - IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
- ☐ - Ospedale G.B. Grassi
- ☐ - Ospedale Sant'Andrea
- ☐ - Policlinico A. Gemelli
- ☐ - Policlinico Umberto I°

Unità Operativa

Tipo di ricovero

Motivo del ricovero

Data ricovero

☐ Urgente ☐ Programmato

Data compilazione scheda

Nome e Cognome del "Compilatore"

.....