

Questionario OHIP-14

(Impatto della salute orale sulla qualità della vita)

Questo questionario è stato sviluppato per comprendere come la sua condizione orale influisca sulla qualità della sua vita. Per favore, risponda alle seguenti domande indicando quanto spesso ha sperimentato ciascuna situazione negli ultimi mesi.

-
- Ha avuto difficoltà a pronunciare alcune parole a causa di problemi ai denti, alla bocca o alla protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha sentito che il gusto dei cibi è cambiato?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha avuto dolori o fastidi alla bocca?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha avuto sensazioni di disagio a causa della sua salute orale?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Si è sentito insicuro a causa di problemi ai denti, alla bocca o alla protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - È stato nervoso o irritabile a causa della sua salute orale?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso

- Ha avuto difficoltà a mangiare certi alimenti a causa dei suoi denti, della bocca o della protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha avuto difficoltà a svolgere le sue attività quotidiane a causa di problemi alla bocca?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha evitato di sorridere o di parlare con altre persone a causa dei suoi denti o della sua bocca?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Si è sentito meno sicuro di sé per via della sua salute orale?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha avuto difficoltà a relazionarsi con altre persone a causa dei suoi problemi orali?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha evitato di mangiare in pubblico a causa della sua bocca, dei denti o della protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha avuto la sensazione che la sua vita fosse meno soddisfacente a causa della sua salute orale?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha avuto difficoltà a svolgere il suo ruolo nella vita quotidiana a causa di problemi ai denti, alla bocca o alla protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso

Nome e Cognome _____

Domain	Subdomain	
Functional Limitation	Speaking difficulty	
	Taste changes	
Physical pain	Painful aching in mouth	
	Uncomfortable situations due to oral condition	
Psychological discomfort	Worry due dental problems	
	self-conscious due to dental problems	
Physical disability	Avoiding some types of food	
	Inability to eat	
	Interruption to eating	
Psychological disability	Upset due to dental problems	
	Embarrassed due to dental problems	
Social disability	Avoid going out	
	Avoid to eat in public	
Handicap	Unable to enjoy life	
	Difficulties in	

Data _____