

Dizziness Handicap Inventory (DHI)

Paziente

Data

Domande	1° visita /100	Controllo	Si	No	A volte
Il suo problema aumenta guardando in alto					
A causa del suo problema si sente frustrata /o					
A causa del suo problema limita i viaggi di lavoro o di svago					
Camminare lungo un corridoio di un supermarket aumenta il suo problema					
A causa del suo problema ha difficoltà a coricarsi o alzarsi dal letto					
Il suo problema limita significativamente la sua partecipazione ad attività sociali come andare fuori a cena, al cinema, al teatro ballare o partecipare a feste					
A causa del suo problema ha difficoltà a leggere					
Effettuare attività sportive o di ballo o svolgere lavori domestici come spazzare o mettere via i piatti, aumenta il suo problema					
A causa del suo problema , è preoccupato/a se deve uscire da casa senza essere accompagnato/a da qualcuno					
A causa del suo problema si sente imbarazzato/a di fronte ad altri					
Movimenti veloci della sua testa aumentano il problema					
A causa del suo problema evita luoghi alti					
Girarsi nel letto aumenta il suo problema					
A causa del suo problema è difficile per lei eseguire lavori di casa faticosi e di precisione					
A causa del suo problema teme che la gente possa pensare che lei sia intossicata					
A causa del suo problema le è difficile passeggiare da solo/a					
Camminare sul marciapiede aumenta il suo problema					
A causa del suo problema le è difficile concentrarsi					
A causa del suo problema le è difficile camminare in casa al buio					
A causa del suo problema ha paura di restare solo/a a casa					
A causa del suo problema si sente handicappato/a					
I suo problema le ha causato difficoltà nelle relazioni con qualcuno della sua famiglia o dei suoi amici					
A causa del suo problema si sente depresso/a					
Il suo problema interferisce con il lavoro o le responsabilità					
Piegarsi in avanti aumenta il suo problema					