

<b>Clinical Impairment Assessment Questionnaire</b>  CIA Versione 3.0	<b>COGNOME:</b> .....  <b>NOME:</b> .....  <b>DATA:</b> .....
<b>The clinical impairment assessment questionnaire: validation in Italian patients with eating disorders.</b> Calugi S, Sartirana M, Milanese C, El Ghoch M, Riolfi F, Dalle Grave R. Eat Weight Disord. 2018 Jan 24. doi: 10.1007/s40519-018-0477-2.	

### ISTRUZIONI

**Per favore poni una “X” nella colonna che meglio descrive quanto le tue abitudini alimentari, l’attività fisica oppure le sensazioni circa la tua alimentazione, forma o peso del corpo hanno influito negativamente sulla tua vita NEL CORSO DEGLI ULTIMI 28 GIORNI. Grazie**

	<b>Negli ultimi 28 giorni, quanto ...le tue abitudini alimentari ...l’attività fisica ...oppure le sensazioni circa la tua alimentazione, forma o peso del corpo...</b>	<b>Per niente</b>	<b>Un pò</b>	<b>Abbastanza</b>	<b>Molto</b>
1	... ti hanno reso difficile concentrarti?				
2	... ti hanno indotto a criticarti?				
3	... ti hanno indotto a non uscire con altre persone?				
4	... hanno influenzato le tue prestazioni lavorative (se applicabile)?				
5	... ti hanno reso smemorato?				
6	... hanno influenzato la tua capacità di prendere decisioni di tutti i giorni?				
7	... hanno interferito con i pasti con familiari o amici?				
8	... ti hanno turbato?				
9	... ti hanno indotto a vergognarti di te stesso?				
10	... ti hanno reso difficile mangiare con gli altri?				
11	... ti hanno fatto sentire in colpa?				
12	... hanno interferito con le attività che usualmente ti piacevano?				
13	... ti hanno reso distratto?				
14	... ti hanno fatto sentire un fallimento?				
15	... hanno interferito con le tue relazioni sociali?				
16	... ti hanno indotto a preoccuparti?				