

## S.O.S. MAMMA

Gentile Utente,

a partire dall'11 Aprile 2012 la U.O.C. di Psichiatria in collaborazione con l'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, ha attivato al Policlinico di Tor Vergata lo Sportello di Ascolto per le future e neo mamme per la Prevenzione e cura della Depressione in gravidanza e post-partum.

**SE SEI “UNA FUTURA” O UNA “NEO MAMMA” (MASSIMO DA 12 MESI) TI CHIEDIAMO DI DEDICARCI POCHI MINUTI DEL TUO TEMPO RISPONDENDO ALLE SEGUENTI DOMANDE**

Data di compilazione del questionario: ..... / ..... / .....

<i>Negli ultimi mesi:</i>		SI	NO
1.	Senti di aver perso piacere e interesse per quasi tutte le attività?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hai la sensazione di sentirti inutile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ti senti in colpa per qualche cosa o per qualche pensiero in particolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ti senti particolarmente pessimista o negativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Sei particolarmente aggressiva e facilmente irritabile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hai difficoltà a concentrarti anche nelle attività più semplici? (tipo leggere un libro, guardare un film alla televisione etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Dormi di più o di meno rispetto a prima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hai difficoltà ad addormentarti o ti svegli continuamente durante la notte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Durante la giornata senti una mancanza di energie o una continua sensazione di forte stanchezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hai mai avuto pensieri particolarmente “brutti”? (suicidio, morte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ti è capitato negli ultimi 5 anni di provare alcuni dei sintomi sopra elencati per periodi superiori a uno-due mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	La scelta di diventare mamma è stata una tua scelta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pensi qualche volta che non avresti mai dovuto avere un bambino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Pensi qualche volta che non sei in grado di fare la madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ti sembra di avere difficoltà a stabilire un rapporto con il tuo bambino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.	Qualche volta hai la sensazione di “impazzire” o di perdere il controllo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ti senti come se la tua libertà fosse finita per sempre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Qualche volta hai paura di poter fare del male al tuo bambino o a te stessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Se hai risposto SI a 5 o più domande TI invitiamo a venirci a trovare per un colloquio informativo presso lo Sportello di Ascolto SOS MAMMA il Mercoledì dalle 14.00 alle 18.00 c/o Ambulatorio Specialistico di Ginecologia, Piano Terra - Torre 8 – stanza 68; oppure telefona al 3349949452 dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 19.00, oppure scrivi una e-mail a [sosmamma@ptvonline.it](mailto:sosmamma@ptvonline.it)**  
**Grazie per la Tua attenzione.**