



Questionário de saúde

Versão portuguesa para o **Brazil**

*(Portuguese version for **Brazil**)*

Assinale com uma cruz (assim ☒), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde **hoje**.

Mobilidade

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Estou limitado/a a ficar na cama

Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
- Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

Atividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

Dor/Mal Estar

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar extremos

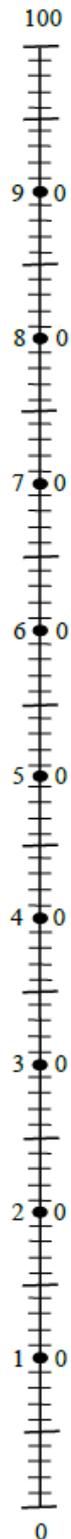
Ansiedade/Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**.

O melhor estado de saúde imaginável



O pior estado de saúde imaginável

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades <u>financeiras</u> ?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Péssima Ótima
30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Péssima Ótima



EORTC QLQ – H&N43

Os pacientes às vezes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique o quanto cada um desses sintomas ou problemas estiveram presentes durante a última semana. Faça um círculo no número que melhor se aplica ao seu caso.

Durante a última semana:		Nada	Um Pouco	Modera- damente	Muito
31.	Você teve dor na boca?	1	2	3	4
32.	Você teve dor na mandíbula?	1	2	3	4
33.	Você sente sensibilidade na boca?	1	2	3	4
34.	Você teve dor de garganta?	1	2	3	4
35.	Você teve dificuldades em engolir líquidos?	1	2	3	4
36.	Você teve dificuldades em engolir alimentos pastosos?	1	2	3	4
37.	Você teve dificuldades em engolir alimentos sólidos?	1	2	3	4
38.	Ao engolir, você se engasgou?	1	2	3	4
39.	Você teve problemas com seus dentes?	1	2	3	4
40.	Você teve problemas por causa da perda de alguns dentes?	1	2	3	4
41.	Você teve dificuldades em abrir bem a boca?	1	2	3	4
42.	Você sentiu a boca seca?	1	2	3	4
43.	Você teve saliva com consistência pegajosa?	1	2	3	4
44.	Você teve dificuldades em sentir cheiros?	1	2	3	4
45.	Você teve dificuldades em sentir o sabor dos alimentos?	1	2	3	4
46.	Você teve tosse?	1	2	3	4
47.	Você teve rouquidão?	1	2	3	4
48.	Você teve problemas com a sua aparência?	1	2	3	4
49.	Você se sentiu fisicamente menos atraente devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4

Por favor, siga para a próxima página

Durante a última semana:

	Nada Muito	Um Pouco	Modera- damente	
50. Você se sentiu insatisfeito/a com o seu corpo?	1	2	3	4
51. Você teve dificuldades em se alimentar?	1	2	3	4
52. Você teve dificuldades em se alimentar na frente da sua família?	1	2	3	4
53. Você teve dificuldades em se alimentar na frente de outras pessoas?	1	2	3	4
54. Você teve dificuldades em sentir prazer nas refeições?	1	2	3	4
55. Você teve dificuldades em falar com outras pessoas?	1	2	3	4
56. Você teve dificuldades em falar ao telefone?	1	2	3	4
57. Você teve dificuldades em falar em lugares barulhentos?	1	2	3	4
58. Você teve dificuldades em falar claramente?	1	2	3	4
59. Você teve dificuldades em ir a lugares públicos?	1	2	3	4
60. Você sentiu menos interesse sexual?	1	2	3	4
61. Você sentiu menos prazer sexual?	1	2	3	4
62. Você teve dificuldades em levantar os braços ou movê-los para os lados?	1	2	3	4
63. Você sentiu dores nos ombros?	1	2	3	4
64. Você teve inchaço no pescoço?	1	2	3	4
65. Você teve problemas de pele (ex.: coceira, pele seca)?	1	2	3	4
66. Você teve erupção cutânea?	1	2	3	4
67. A cor da sua pele mudou?	1	2	3	4
68. Você ficou preocupado/a por seu peso estar muito baixo?	1	2	3	4
69. Você ficou preocupado/a com os resultados de exames médicos?	1	2	3	4
70. Você ficou preocupado/a com a sua saúde no futuro?	1	2	3	4
71. Você teve problemas com a cicatrização de feridas?	1	2	3	4
72. Você notou formigamento/dormência ou diminuição da sensibilidade nas mãos ou nos pés?	1	2	3	4
73. Você teve dificuldades em mastigar?	1	2	3	4