

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ (se aposentado descreva ocupação anterior)

Grau de instrução: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Patologia: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

- Excelente ..... 1  
 Muito Boa ..... 2  
 Boa ..... 3  
 Ruim ..... 4  
 Muito Ruim ..... 5

2 - Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás ..... 1  
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás ..... 2  
 Quase a mesma de um ano atrás ..... 3  
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás ..... 4  
 Muito pior agora do que há um ano atrás ..... 5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a - <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b - <b>Atividades moderadas</b> , tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c - Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d - Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3

e - Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f - Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g - Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h - Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i - Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
j - Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a - Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b - Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c - Esteve <b>limitado</b> no seu trabalho ou em outras atividades?	1	2
d - Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades? (necessitou de um esforço extra?)	1	2

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a - Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b - Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c - Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

6 - Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma)

- De forma nenhuma ..... 1
- Ligeiramente ..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Extremamente ..... 5

7 - Quanta dor no corpo você teve durante **as últimas 4 semanas**?

(Circule uma)

- Nenhuma ..... 1
- Muito Leve ..... 2
- Leve ..... 3
- Moderada ..... 4
- Grave ..... 5
- Muito Grave ..... 6

8 - Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(Circule uma)

- De maneira alguma ..... 1
- Um pouco ..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Extremamente ..... 5

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(Circule um número para cada linha)

	Todo	A maior	Uma boa	Alguma	Uma	Nunca
--	------	---------	---------	--------	-----	-------

	tempo	parte do tempo	parte do tempo	parte do tempo	pequena parte do tempo	
a - Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b - Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c - Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d - Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e - Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f - Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g- Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h - Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I - Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 - Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física** ou **problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(Circule uma)

- Todo o tempo ..... 1  
 A maior parte do tempo ..... 2  
 Alguma parte do tempo ..... 3  
 Uma pequena parte do tempo ..... 4  
 Nenhuma parte do tempo ..... 5

11 - O quanto verdadeiro ou **falso** é cada uma das afirmações

(Circule um número em cada linha)

	Definitiva mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva mente falsa
a - Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b - Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c - Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d - Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

