

HM-PRO

Leia a introdução antes de começar a preencher o questionário.

Introdução

Este questionário procura saber a sua opinião sobre como a sua doença e/ou tratamento estão a afetar a sua vida diária.

A **PARTE A** diz respeito a diferentes aspetos da sua atividade diária e a **PARTE B** está relacionada com os sintomas que tem devido à sua doença e/ou ao tratamento que está a receber.

PARTE A

Se a área não for de todo um problema para si, marque o quadrado que indica:

“NADA”

Se a área for afetada pela sua doença hematológica, escolha em que medida é afetada marcando um dos quadrados:

“UM POUCO”; “MUITO”

Se a frase não se aplicar ao seu caso, marque o quadrado que indica:

“NÃO SE APLICA”

PARTE B

Se não tiver este sintoma, marque o quadrado que indica:

“NENHUM”

Se o sintoma estiver a afetá-lo(a), indique o nível de gravidade do mesmo marcando um dos quadrados que indicam:

“LIGEIRO”; “FORTE”

Não há respostas "certas" ou "erradas". Se não tiver a certeza de como responder à questão, dê a melhor resposta possível.

As informações que fornecer permanecerão em rigorosa confidencialidade.

Indique os seus dados pessoais:

ID do doente:

*** Hora de início:-** _____

Data de nascimento:

Data de hoje:

PARTE A

MARQUE O QUADRADO QUE MELHOR DESCREVE A FORMA COMO A SUA DOENÇA HEMATOLÓGICA O(A) AFETA E **COMO HOJE SE SENTE EM RELAÇÃO A ESTAS COISAS**

A. *As frases seguintes descrevem o seu comportamento físico*

	Nada	Um pouco	Muito	Não se aplica
1. Tenho dificuldade em andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em cuidar de mim mesmo(a) (por ex., vestir-me, tomar banho, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho dificuldade na atividade física/desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho dificuldade em viajar (por ex., de autocarro, comboio, avião e carro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tenho dificuldade em sair de casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenho dificuldade em trabalhar (ou estudar).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho dificuldade em ir de férias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. *As frases seguintes descrevem o seu bem-estar social*

1. Tenho dificuldade nas relações sociais com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto dificuldade nas relações com as pessoas mais próximas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho problemas na minha vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. *As frases seguintes descrevem o seu comportamento emocional*

1. Tenho receio de ser uma sobrecarga para as outras pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Preocupo-me com as outras pessoas me poderem julgar ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me preocupado(a) com o meu aspeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me angustiado(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Preocupo-me com morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Não sinto autoconfiança.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estou preocupado(a) com a minha saúde futura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O meu padrão de sono mudou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenho dificuldade em me concentrar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Preocupo-me com o tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leu e respondeu a todas as afirmações desta página?

MARQUE O QUADRADO QUE MELHOR DESCREVE A FORMA COMO A SUA DOENÇA HEMATOLÓGICA O(A) AFETA E **COMO HOJE SE SENTE EM RELAÇÃO A ESTAS COISAS**

D. As frases seguintes descrevem a sua alimentação e consumo de bebidas

	Nada	Um pouco	Muito	Não se aplica
1. Tenho problemas com o meu apetite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os meus hábitos alimentares mudaram.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os meus hábitos de consumo de bebidas mudaram.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deixe um comentário em baixo relativamente a qualquer outra área da sua vida diária que tenha sido afetada pela doença ou pelo tratamento.

Comentários:

Leu e respondeu a todas as afirmações desta página?

[Vire para ler a página seguinte.](#)

PARTE B

MARQUE O QUADRADO QUE MELHOR DESCREVE OS SINTOMAS QUE TEM TIDO **NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS**

As frases que se seguem descrevem os sintomas da doença ou os efeitos secundários do tratamento.

	Nenhum	Ligeiro	Forte
1. Tenho/tive febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho problemas relacionados com o meu nível de energia, seja física ou mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho perda de cabelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me cansado(a) fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenho dores nas costas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho problemas relacionados com o paladar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tenho dificuldade em respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenho problemas de pele (por ex., comichão, nódulos negros, pele irritada e inflamada, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenho dores de cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho prisão de ventre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenho nódulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tenho dores no corpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tenho infeções (p. ex., no peito, pulmonares, urinárias, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tenho suores noturnos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tenho diarreia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tenho náuseas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tenho/tive dores no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique em baixo qualquer outro sintoma que o(a) preocupe ou qualquer outro comentário que deseje fazer.

Leu e respondeu a todas as afirmações desta página?

Muito obrigado!

* Hora de conclusão: - _____