

**QUESTIONÁRIO
DE SAÚDE
DO PACIENTE**

Questionários de Avaliação

Questionário de saúde do paciente

Nome: _____

Data: ____/____/____

Durante as **últimas 4 semanas**, o quanto você foi incomodado por algum dos problemas a seguir?

1 Dor de estômago

Nada incomodado

Pouco incomodado

Muito incomodado

2 Dor nas costas

Nada incomodado

Pouco incomodado

Muito incomodado

3 Dor nos braços, pernas ou articulações (joelhos, quadris, etc.)

Nada incomodado

Pouco incomodado

Muito incomodado

4

Cólicas menstruais ou outros problemas com sua menstruação [*somente mulheres*]

 Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

5

Dores de cabeça

 Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

6

Dor no peito

 Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

7

Tontura

 Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

8 Sensação de desmaio Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

9 Coração batendo forte ou disparando Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

10 Falta de ar Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

11 Dor ou problemas durante o ato sexual Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

12 Constipação, intestino solto ou diarreia Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

13 Náusea, gases ou indigestão Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

14 Sensação de cansaço ou falta de energia Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

15 Dificuldade em dormir Nada incomodado Pouco incomodado Muito incomodado

Nada incomodado

= 1

Pouco incomodado

= 2

Muito incomodado

= 3



FIBRODOR

by dorcronica.blog.br