

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA URTICÁRIA CRÔNICA

Nome: _____ N° Pront: _____

O objetivo deste questionário é medir o quanto a URTICÁRIA afetou a sua vida, NO DECORRER DOS ÚLTIMOS 15 DIAS. Cada pergunta tem 5 opções de respostas: NADA, POUCO, MAIS OU MENOS, MUITO OU MUITÍSSIMO. Marque com um X UMA RESPOSTA para cada pergunta. Pedimos a gentileza de verificar se todas as perguntas foram respondidas. Muito obrigada !

Quanto você se sentiu incomodado (a), nos últimos 15 dias, com os seguintes sintomas?

1. Coceira:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

2. Placas avermelhadas:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

3. Olhos inchados:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

4. Lábios inchados:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

Você pode nos dizer quanto a urticária lhe atrapalhou, nos últimos 15 dias, nos seguintes momentos do seu dia a dia ?

5. Trabalho:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

6. Atividade física:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

7. Sono:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

8. Lazer:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

9. Relacionamentos sociais (com parceiro(a), amigos e parentes):

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

10. Alimentação:

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

Através das seguintes perguntas gostaríamos de aprofundar as dificuldades e os problemas que podem estar ligados a urticária (referentes aos últimos 15 dias).

11. Você tem dificuldade para dormir?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

12. Você acorda durante a noite?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

13. Durante o dia você se sente cansado(a) porque não dorme bem, à noite?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

14. Você tem dificuldade para se concentrar?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

15. Você se sente nervoso(a)?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

16. Você se sente *prá baixo*?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

17. Você se sente limitado(a) na escolha da sua comida?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

18. Você fica com vergonha das lesões da urticária que aparecem no seu corpo?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

19. Você fica com vergonha de frequentar lugares públicos?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

20. É um problema para você usar determinados cosméticos (perfumes, cremes, loções, sabonetes e maquiagens) ?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

21. Você se sente limitado(a) na escolha das suas roupas ?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

22. Suas atividades esportivas são limitadas por causa da urticária?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

23. Você fica incomodado(a) com os efeitos colaterais causados pelos remédios usados no tratamento da urticária?

Nada Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO