

Quality of Life Questionnaire

Qualeffo-41

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm.

A Dor <i>As próximas cinco questões referem-se à sua situação na última semana.</i>	
1 Com que frequência você teve dor nas costas na última semana?	<input type="checkbox"/> não tive dor nas costas <input type="checkbox"/> 1 dia por semana ou menos <input type="checkbox"/> 2-3 dias por semana <input type="checkbox"/> 4-6 dias por semana <input type="checkbox"/> todos os dias
2 Se você teve dor nas costas, quanto tempo durou a sua dor nas costas durante o dia?	<input type="checkbox"/> não tive dor nas costas <input type="checkbox"/> 1-2 horas <input type="checkbox"/> 3-5 horas <input type="checkbox"/> 6-10 horas <input type="checkbox"/> o dia inteiro
3 O quanto a sua dor nas costas foi forte em seu pior momento?	<input type="checkbox"/> não tive dor nas costas <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> insuportável
4 Como foi a sua dor nas costas em outros momentos?	<input type="checkbox"/> não tive dor nas costas <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> insuportável
5 A dor nas costas atrapalhou o seu sono na última semana?	<input type="checkbox"/> menos de uma vez por semana <input type="checkbox"/> uma vez por semana <input type="checkbox"/> duas vezes por semana <input type="checkbox"/> noite sim, noite não <input type="checkbox"/> todas as noites

B Atividades do dia-a-dia

As próximas 4 perguntas dizem respeito ao seu estado atual.

6 Você tem dificuldade para se vestir?	<input type="checkbox"/> nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> dificuldade média <input type="checkbox"/> posso precisar de alguma ajuda <input type="checkbox"/> impossível sem ajuda
7 Você tem dificuldade para tomar banho de banheira ou de chuveiro?	<input type="checkbox"/> nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> dificuldade média <input type="checkbox"/> posso precisar de alguma ajuda <input type="checkbox"/> impossível sem ajuda
8 Você tem dificuldade para andar até o banheiro ou dar descarga?	<input type="checkbox"/> nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> dificuldade média <input type="checkbox"/> posso precisar de alguma ajuda <input type="checkbox"/> impossível sem ajuda
9 Você dorme bem?	<input type="checkbox"/> durmo sem problema <input type="checkbox"/> acordo algumas vezes <input type="checkbox"/> acordo com frequência <input type="checkbox"/> às vezes fico acordada durante horas <input type="checkbox"/> às vezes passo a noite em claro

C Trabalhos domésticos

As próximas 5 perguntas dizem respeito ao seu estado atual. Se outra pessoa faz essas coisas na sua casa, por favor, responda como se fosse você que as fizesse.

10 Você consegue limpar a casa?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> impossível
11 Você consegue preparar as refeições?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> impossível

<p>12 Você consegue lavar a louça?</p>	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> impossível
<p>13 Você consegue fazer as compras do dia-a-dia?</p>	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> impossível
<p>14 Você consegue levantar um objeto pesado, de mais ou menos 10 quilos, (por exemplo, as compras de supermercado / feira, um engradado de refrigerante ou uma criança de 1 ano) e carregá-lo por pelo menos 10 metros?</p>	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> impossível

D Mobilidade

As próximas 8 perguntas também dizem respeito ao seu estado atual.

<p>15 Você consegue se levantar de uma cadeira?</p>	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> somente com ajuda
<p>16 Você consegue se abaixar para pegar alguma coisa em uma mesa baixa ou no chão?</p>	<input type="checkbox"/> facilmente <input type="checkbox"/> com uma certa facilidade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> impossível
<p>17 Você consegue se ajoelhar?</p>	<input type="checkbox"/> facilmente <input type="checkbox"/> com uma certa facilidade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> impossível
<p>18 Você consegue subir um andar pela escada?</p>	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> descanso pelo menos uma vez

	<input type="checkbox"/> somente com ajuda <input type="checkbox"/> impossível
19 Você consegue andar 100 metros (um quarteirão)?	<input type="checkbox"/> rapidamente e sem parar <input type="checkbox"/> devagar porém sem parar <input type="checkbox"/> devagar parando pelo menos uma vez <input type="checkbox"/> somente com ajuda <input type="checkbox"/> impossível
20 Com que frequência você saiu na última semana?	<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> 5-6 dias por semana <input type="checkbox"/> 3-4 dias por semana <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana <input type="checkbox"/> menos de uma vez por semana
21 Você consegue usar os transportes coletivos (andar de ônibus, trem, metrô, barca)?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com um pouco de dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade média <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> somente com ajuda
22 Você foi incomodada por mudanças na sua aparência devido à osteoporose (por exemplo, perda de altura, aumento da cintura, mudança da forma das suas costas)?	<input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> bastante <input type="checkbox"/> muito

E Lazer, atividades sociais

23 Você pratica algum esporte atualmente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim, porém com restrições <input type="checkbox"/> não
24 Você pode jardinar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim, porém com restrições <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica ao meu caso
25 Você tem algum passatempo atualmente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim, porém com restrições <input type="checkbox"/> não

<p>26 Você pode ir ao cinema, ao teatro, etc.?</p>	<p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim, porém com restrições <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não há cinema nem teatro relativamente perto</p>
<p>27 Com que frequência você visitou amigos ou parentes durante os últimos 3 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> uma vez por semana ou mais <input type="checkbox"/> uma ou duas vezes por mês <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/> nenhuma vez</p>
<p>28 Com que frequência você participou de atividades sociais (clubes, encontros/reuniões sociais, atividades ligadas à igreja, caridade, etc.) durante os últimos 3 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> uma vez por semana ou mais <input type="checkbox"/> uma ou duas vezes por mês <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/> nenhuma vez</p>
<p>29 Sua dor nas costas ou outros problemas físicos interferem em sua intimidade (incluindo atividade sexual)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> não se aplica ao meu caso</p>

F Percepción de su salud general

<p>30 Para a sua idade, de um modo geral, você diria que a sua saúde está:</p>	<p><input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> nem boa, nem ruim <input type="checkbox"/> ruim</p>
<p>31 Como você avaliaria sua qualidade de vida durante a última semana?</p>	<p><input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> nem boa, nem ruim <input type="checkbox"/> ruim</p>
<p>32 Como você avaliaria sua qualidade de vida atual comparada a 10 anos atrás?</p>	<p><input type="checkbox"/> muito melhor agora <input type="checkbox"/> um pouco melhor agora <input type="checkbox"/> não mudou <input type="checkbox"/> um pouco pior agora <input type="checkbox"/> muito pior agora</p>

G Função mental

As próximas 9 perguntas dizem respeito ao seu estado na última semana.

33 Você tem tendência a se sentir cansada?	<input type="checkbox"/> de manhã <input type="checkbox"/> à tarde <input type="checkbox"/> somente à noite <input type="checkbox"/> após uma atividade intensa <input type="checkbox"/> quase nunca
34 Você se sente desanimada?	<input type="checkbox"/> quase todos os dias <input type="checkbox"/> 3-5 dias por semana <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> quase nunca
35 Você se sente sozinha?	<input type="checkbox"/> quase todos os dias <input type="checkbox"/> 3-5 dias por semana <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> quase nunca
36 Você se sente cheia de energia?	<input type="checkbox"/> quase todos os dias <input type="checkbox"/> 3-5 dias por semana <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana <input type="checkbox"/> de vez em quando <input type="checkbox"/> quase nunca
37 Você tem esperanças em relação ao seu futuro?	<input type="checkbox"/> não, nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> freqüentemente <input type="checkbox"/> sempre
38 Você se aborrece com pequenas coisas?	<input type="checkbox"/> não, nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> freqüentemente <input type="checkbox"/> sempre
39 Você acha fácil se comunicar com outras pessoas?	<input type="checkbox"/> não, nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> freqüentemente <input type="checkbox"/> sempre
40 Você está de bom humor durante a maior	<input type="checkbox"/> não, nunca

parte do dia?	<input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> freqüentemente <input type="checkbox"/> sempre
41 Você tem medo de se tornar totalmente dependente?	<input type="checkbox"/> não, nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> freqüentemente <input type="checkbox"/> sempre