

## 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.

<b>A Dor</b> <i>As próximas cinco questões referem-se à sua situação na última semana.</i>	
<b>1</b> Quantas vezes teve dor nas costas na última semana?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> 1 dia ou menos <input type="checkbox"/> 2-3 dias <input type="checkbox"/> 4-6 dias <input type="checkbox"/> todos os dias
<b>2</b> Quanto tempo por dia teve essas dores?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> 1 dia ou menos <input type="checkbox"/> 2-3 dias <input type="checkbox"/> 4-6 dias <input type="checkbox"/> todos os dias
<b>3</b> Qual é a intensidade da sua dor nas costas quando está pior?	<input type="checkbox"/> não tem dor nas costas <input type="checkbox"/> ligeira <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> insuportável
<b>4</b> Como é a sua dor nas costas quando não está pior?	<input type="checkbox"/> não tem dor nas costas <input type="checkbox"/> ligeira <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> insuportável
<b>5</b> A dor nas costas perturbou-lhe o sono durante a última semana?	<input type="checkbox"/> menos de uma vez <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> duas vezes <input type="checkbox"/> noite sim - noite não <input type="checkbox"/> todas as noites

## B Actividades do dia-a-dia

As próximas quatro questões referem-se à sua situação actual.

<b>6</b> Tem problemas para se vestir?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> dificuldade moderada <input type="checkbox"/> pode necessitar de alguma ajuda <input type="checkbox"/> impossível sem ajuda
<b>7</b> Tem problemas para tomar banho ou duche?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> dificuldade moderada <input type="checkbox"/> pode necessitar de alguma ajuda <input type="checkbox"/> impossível sem ajuda
<b>8</b> Tem problemas para utilizar a sanita?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> dificuldade moderada <input type="checkbox"/> pode necessitar de alguma ajuda <input type="checkbox"/> impossível sem ajuda
<b>9</b> Como é que dorme?	<input type="checkbox"/> dorme sem problemas <input type="checkbox"/> acorda algumas vezes <input type="checkbox"/> acorda muitas vezes <input type="checkbox"/> por vezes fica acordado durante horas <input type="checkbox"/> por vezes tem uma noite sem dormir

## C Tarefas domésticas

As próximas cinco 5 questões referem-se à sua situação actual. Se outra pessoa faz estas tarefas em sua casa, por favor responda como se você fosse responsável por essas tarefas.

<b>10</b> Consegue fazer as limpezas?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com dificuldade moderada <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> não consegue
<b>11</b> Consegue cozinhar?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com dificuldade moderada <input type="checkbox"/> com muita dificuldade

	<input type="checkbox"/> não consegue
<b>12</b> Consegue lavar os pratos?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com dificuldade moderada <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> não consegue
<b>13</b> Consegue fazer as compras do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com dificuldade moderada <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> não consegue
<b>14</b> Consegue levantar um peso com cerca de 10 Kg (p.ex. uma criança com 1 ano de idade) e transportá-lo pelo menos 15 metros?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com dificuldade moderada <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> não consegue

## D Mobilidade

*As próximas oito questões também se referem à sua situação actual.*

<b>15</b> Consegue levantar-se de uma cadeira?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com dificuldade moderada <input type="checkbox"/> com grande dificuldade <input type="checkbox"/> só com ajuda
<b>16</b> Consegue inclinar-se para a frente?	<input type="checkbox"/> facilmente <input type="checkbox"/> com relativa facilidade <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito pouco <input type="checkbox"/> impossível
<b>17</b> Consegue ajoelhar-se?	<input type="checkbox"/> facilmente <input type="checkbox"/> com relativa facilidade <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito pouco <input type="checkbox"/> impossível
<b>18</b> Consegue subir escadas de um andar para	<input type="checkbox"/> sem dificuldade

outro?	<input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com pelo menos um período de descanso <input type="checkbox"/> só com ajuda <input type="checkbox"/> impossível
<b>19</b> Consegue andar 100 metros?	<input type="checkbox"/> depressa e sem parar <input type="checkbox"/> devagar sem parar <input type="checkbox"/> devagar com pelo menos um período (paragem) de repouso <input type="checkbox"/> só com ajuda <input type="checkbox"/> impossível
<b>20</b> Quantas vezes saiu à rua na última semana?	<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> 5-6 dias <input type="checkbox"/> 3-4 dias <input type="checkbox"/> 1-2 dias <input type="checkbox"/> menos de 1 vez
<b>21</b> Consegue utilizar transportes públicos?	<input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com dificuldade ligeira <input type="checkbox"/> com dificuldade moderada <input type="checkbox"/> com grande dificuldade <input type="checkbox"/> só com ajuda
<b>22</b> Sentiu-se afectada pelas alterações da sua "figura" devidas à osteoporose (p.ex. perda de altura, aumento da cintura, deformação das costas)?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> bastante <input type="checkbox"/> muito

## E Tempos livres, actividades sociais

<b>23</b> Pratica algum desporto?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim com limitações <input type="checkbox"/> não
<b>24</b> Consegue tratar do seu jardim?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim com limitações <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não tenho jardim

<p><b>25</b> Tem algum passatempo?</p>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim com limitações <input type="checkbox"/> não
<p><b>26</b> Consegue ir ao cinema, teatro, etc?</p>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim com limitações <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não tenho nenhum cinema ou teatro a curta distância
<p><b>27</b> Com que frequência visitou amigos ou familiares durante os últimos 3 meses?</p>	<input type="checkbox"/> uma ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> uma ou duas vezes por mês <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/> nunca
<p><b>28</b> Quantas vezes participou em actividades sociais (clubes, festas, actividades ligadas à igreja; trabalho voluntário, etc.) durante os últimos 3 meses?</p>	<input type="checkbox"/> uma ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> uma ou duas vezes por mês <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/> nunca
<p><b>29</b> A sua dor nas costas ou a incapacidade interfere com a sua vida íntima (incluindo a actividade sexual)?</p>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> não aplicável

## F Percepção da saúde em geral

<p><b>30</b> Para a sua idade, no geral, diria que a sua saúde é</p>	<input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> má
<p><b>31</b> Como classifica a sua qualidade de vida global na última semana?</p>	<input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> má
<p><b>32</b> Como classifica a sua qualidade de vida global comparada com a que tinha há dez anos?</p>	<input type="checkbox"/> muito melhor agora <input type="checkbox"/> um pouco melhor agora <input type="checkbox"/> na mesma

	<input type="checkbox"/> um pouco pior agora <input type="checkbox"/> muito pior agora
--	---

## G Função mental

As próximas nove questões referem-se à sua situação na última semana.

<b>33</b> Tem tendência para se sentir cansado?	<input type="checkbox"/> de manhã <input type="checkbox"/> de tarde <input type="checkbox"/> só à noite <input type="checkbox"/> após actividade muito cansativa <input type="checkbox"/> quase nunca
<b>34</b> Sente-se "em baixo"?	<input type="checkbox"/> quase todos os dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias por semana <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> por vezes <input type="checkbox"/> quase nunca
<b>35</b> Sente-se "sozinho"?	<input type="checkbox"/> quase todos os dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias por semana <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> por vezes <input type="checkbox"/> quase nunca
<b>36</b> Sente-se cheio de energia?	<input type="checkbox"/> quase todos os dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias por semana <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> por vezes <input type="checkbox"/> quase nunca
<b>37</b> Tem esperanças no seu futuro?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> por vezes <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> siempre
<b>38</b> Preocupa-se com coisas sem importância?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> por vezes <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> siempre
<b>39</b> Considera fácil contactar com outras pessoas?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> por vezes

	<input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> siempre
<b>40</b> Anda bem disposto a maior parte do dia?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> por vezes <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> siempre
<b>41</b> Tem medo de ficar totalmente dependente?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> por vezes <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> siempre