



## Esquema Cardiff de Impacto da Ferida

Este questionário trata das implicações que a sua ferida tem na sua vida diária. Por favor, responda às perguntas cuidadosamente assinalando uma cruz no quadrado que melhor reflecte como se sente; demora cerca de dez minutos a preencher.

Se tiver dúvidas a responder a uma pergunta, por favor assinale a resposta que é mais próxima de como se sente. Todas as respostas são confidenciais.

## Dados Pessoais

Iniciais do doente    Sexo  M  F

Código do doente \_\_\_\_\_

Data de nascimento 

D	D	M	M	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avaliação 

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data da avaliação 

D	D	M	M	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data da próxima avaliação 

D	D	M	M	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado da ferida 

Cicatrizada	Não Cicatrizada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vive sozinho? 

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Com que frequência está Com a sua família e amigos? 

Uma vez por dia	Uma vez por semana	Uma vez por mês	Menos de uma vez por mês
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bem Estar

Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

	Discordo plenamente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo plenamente
Ando muito preocupado/a com a/s minha/s ferida/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando desanimado/a com o tempo que está a levar para cicatrizsar a/s ferida/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou confiante que a/s ferida/s que tenho cicatrizará/ão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me que possa vir a ter outra ferida no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O aspecto da ferida é preocupante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho medo de me magoar no local da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me com os efeitos da/s ferida/s na minha família ou nos meus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sintomas Físicos e Vida Diária

Viveu alguma das seguintes situações na semana passada?

	Nunca / Não se aplica	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Dormir mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldades a tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imobilidade em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imobilidade fora de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deitar líquido ("babar") da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor na ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incómodo devido à ligadura ou penso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em encontrar calçado apropriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com o tempo necessário para tratar da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldades económicas por causa da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sintomas Físicos e Vida Diária

Até que ponto é que estas situações o/a perturbam

	Nunca / Não se aplica	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Imenso
Dormir mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldades a tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imobilidade em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imobilidade fora de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deitar líquido ("babar") da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor na ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incómodo devido à ligadura ou penso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em encontrar calçado apropriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com o tempo necessário para tratar da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldades económicas por causa da ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vida Social

Passou por alguma das seguintes situações na semana passada?

	Nunca / Não se aplica	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Dificuldade em sair e conviver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiar mais nos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua família ou amigos serem superprotetores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex: passatempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto limitado com a família ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sair devido a medo de magoar a ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Querer isolar-se das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vida Social

Até que ponto é que estas situações o/a perturbam?

	Nunca / Não se aplica	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Imenso
Dificuldade em sair e conviver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiar mais nos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua família ou amigos serem superprotetores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex: passatempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto limitado com a família ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sair devido a medo de magoar a ferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Querer isolar-se das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Qualidade de Vida em Geral

De que forma classificaria a sua qualidade de vida em geral durante a passada semana?

Por favor, faça um círculo à volta de um dos seguintes números:

Como é a sua qualidade de vida?

A minha qualidade de vida é a pior possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A minha qualidade de vida é a melhor possível
---------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------------------------

Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?

Nada satisfeito/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito satisfeito/a
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------

Comentários: