



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

Avaliação 1^a 2^a 3^a 4^a 5^a

Data da avaliação

Data da próxima avaliação

Estado da ferida Cicatrizada Não Cicatrizada

Vive sozinho? Sim Não

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

Bem Estar

Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

Discordo
plenamente

Discordo

Não tenho a
certeza

Concordo

Concordo
plenamente

com a/s minha/s ferida/s

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

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: