



QDV-DCP QUESTIONÁRIO Adultos com 18 anos ou mais

QOL-PCD Adult Version 2; March 2016 | ©2015 Lucas, Leigh & Quittner

Compreender o impacto da sua doença e dos seus tratamentos no seu dia a dia pode ajudar a equipe de saúde que cuida de você a manter o controle da sua saúde e ajustar os seus tratamentos. Por esse motivo, esse questionário foi especificamente desenvolvido para pessoas que tem Discinesia Ciliar Primária (DCP). Obrigada pela sua boa vontade em completar esse questionário!

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DESSE QUESTIONÁRIO:

As questões seguintes são sobre o seu atual estado de saúde, da forma como você o percebe. Essas informações nos permitirão compreender melhor como você se sente no seu dia a dia. Por favor, responda todas as questões. **Não** existem questões certas ou erradas! Se você não tiver certeza sobre como responder, escolha a resposta que parecer mais próxima da sua situação.

NOTAS PARA MÉDICOS E PESQUISADORES:

Esse questionário pode ser utilizado apenas em acordo com aqueles que o desenvolveram. Estes requerem que todos os dados gerados pelo uso do questionário contribuam para a posterior validação desse instrumento. Dados relativos a esse questionário não podem ser publicados de nenhuma forma até que seus idealizadores publiquem os resultados do estudo de validação.

Para mais detalhes e permissões por favor contatar: na América do Norte: Prof Quittner aquittner@miami.edu. Na Europa e outras regiões fora da América do Norte: Dra Jane Lucas jlucas1@soton.ac.uk.

SEÇÃO I. QUALIDADE DE VIDA

Por favor, escolha o quadrado correspondente à sua resposta.

<i>Durante a última semana, o quanto você teve dificuldade em:</i>	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
1. Realizar atividades mais cansativas (por exemplo, atividade física, praticar algum esporte, arrumar a casa)	☐	☐	☐	☐
2. Andar tão rápido quanto as outras pessoas	☐	☐	☐	☐
3. Subir mais do que um lance de escada	☐	☐	☐	☐
4. Carregar coisas pesadas, como livros ou sacolas de compras	☐	☐	☐	☐

<i>Durante a última semana, indique com que frequência:</i>	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
5. Você se sentiu cansado (a)	☐	☐	☐	☐
6. Você se sentiu preocupado (a)	☐	☐	☐	☐
7. Você se sentiu cheio (a) de energia	☐	☐	☐	☐
8. Você se sentiu exausto (a)	☐	☐	☐	☐
9. Você se sentiu triste	☐	☐	☐	☐
10. Você se sentiu deprimido (a)	☐	☐	☐	☐

Por favor, escolha o quadrado correspondente à sua resposta.

Atualmente você está fazendo algum tipo de tratamento (medicação oral ou inalatória e ou fisioterapia)?

☐ Sim ☐ Não (pular para questão 15)

Durante a última semana, indique:

11. Atualmente, quanto tempo por dia você gasta fazendo o seu tratamento para discinesia ciliar primária (por exemplo, medicações ou fisioterapia)?

- ☐ Muito tempo
☐ Um tempo razoável
☐ Pouco tempo
☐ Quase nenhum tempo

<i>Durante a última semana, indique o quanto:</i>	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
12. Seus tratamentos para DCP (por exemplo, medicações ou fisioterapia) fizeram o seu dia a dia mais difícil	☐	☐	☐	☐
13. Foi difícil para você incluir os seus tratamentos para PCD em cada dia	☐	☐	☐	☐
14. A fisioterapia fez você se sentir cansado rapidamente	☐	☐	☐	☐

<i>Pensando sobre a sua saúde na última semana, indique o quanto cada uma das frases abaixo é verdadeira ou falsa para você.</i>	Totalmente verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Nem um pouco verdade	
15. Eu me sinto confortável ao tossir na frente de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	
16. Eu me sinto preocupado de estar em contato com pessoas que estão doentes	☐	☐	☐	☐	
17. Eu me sinto sozinho (a)	☐	☐	☐	☐	
18. Eu me sinto confortável assoando o meu nariz na frente de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	Não se Aplica
19. Eu me sinto confortável em fazer os meus tratamentos (por exemplo, tomar medicações ou fazer fisioterapia) na frente de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO II. ESCOLA, TRABALHO OU ATIVIDADES DIÁRIAS

Durante a última semana:

20. O quanto você teve problema para se manter em dia no trabalho, nas atividades de casa ou em outras atividades diárias?

- ☐ Você não teve nenhum problema para se manter em dia nessas atividades.
☐ Você conseguiu se manter em dia, mas tem sido difícil.
☐ Você não se manteve em dia.
☐ Você não tem conseguido realizar essas atividades.

21. O quanto você acha que ter DCP atrapalha seus objetivos no trabalho, nas atividades de casa, familiares ou pessoais?

- ☐ Muito ☐ Mais ou menos ☐ Um pouco ☐ Nem um pouco

<i>Pensando sobre a sua saúde durante a última semana, indique o quanto cada uma dessas frases é verdadeira ou falsa para você:</i>	Totalmente verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Nem um pouco verdade
22. É difícil fazer planos para o futuro (por exemplo, mudar de trabalho ou conseguir um trabalho; constituir uma família etc)	☐	☐	☐	☐
23. Eu levo uma vida normal	☐	☐	☐	☐
24. Eu estou preocupado (a) de que a minha saúde vai ficar pior	☐	☐	☐	☐
25. Eu me sinto saudável	☐	☐	☐	☐
26. Eu sou capaz de administrar os meus tratamentos (por exemplo, tomar medicações ou fazer fisioterapia) para DCP diariamente	☐	☐	☐	☐

Por favor, marque o quadrado correspondente à sua resposta.

Durante a última semana:

27. Como você acha que a sua saúde esta agora?

- ☐ Excelente
☐ Boa
☐ Razoável
☐ Ruim

SEÇÃO III. SINTOMAS

Por favor, marque o quadrado que indique sua resposta.

<i>Indique como você se sentiu na última semana.</i>	Muito	Mais ou menos	Um pouco	Nem um pouco
28. Você se sentiu com o peito cheio de catarro	☐	☐	☐	☐
29. Você teve dificuldade para ouvir (se você usa aparelho auditivo: você teve dificuldade para ouvir sem o aparelho)	☐	☐	☐	☐
30. Você teve gotejamento pós-nasal (sentiu líquido pingando na garganta)	☐	☐	☐	☐
31. Você teve “dor de sinusite” (na testa ou perto dos olhos)	☐	☐	☐	☐
32. Você sentiu aperto no peito	☐	☐	☐	☐
33. Você teve que colocar catarro para fora	☐	☐	☐	☐

Se ‘Nem um pouco’, vá para a questão 35

Durante a última semana:

34. O seu muco foi predominantemente:

- ☐ Transparente
☐ Esverdeado
☐ Transparente a amarelo
☐ Verde com traços de sangue
☐ Amarelado-verde
☐ Não sei

<i>Durante a última semana, indique com que frequência:</i>	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
35. Você teve falta de ar enquanto fazia atividades maiores que habituais (por exemplo, arrumando a casa ou praticando atividade física)	☐	☐	☐	☐
36. Você teve chiado ou piado no peito	☐	☐	☐	☐
37. Seu nariz ficou escorrendo	☐	☐	☐	☐

<i>Durante a última semana, indique com que frequência:</i>	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
38. Você teve falta de ar enquanto falava	☐	☐	☐	☐
39. Você ficou com os ouvidos entupidos	☐	☐	☐	☐
40. Você ficou com o nariz entupido	☐	☐	☐	☐

Por favor, certifique-se de que respondeu todas as questões.

OBRIGADO.