

Appendix 1 - BQL Index questionnaire in Portuguese

Parte 1

Tem queixas de?	Sim	Não
Vómitos		
Arrotos		
Azia		
Naúseas		
Diarreia		
Flautulência		
Fezes de odor fétido/intenso		
Problemas de bexiga/incontinência urinária		
Perda de cabelo		
Pedras na vesícula		
Diabetes		
Tensão alta (ou sob medicamentos para a tensão)		
Asma/apneia do sono		
Artroses/dores articulares		
Gota		
Outros		
	Sim	Não
Toma medicação regular? (p.e. todos os dias)		
Se sim, que medicação toma?		
Antidiabéticos orais		
Insulina		
Anti hipertensores		
Antidepressivos		
Medicamentos que diminuem o apetite		
Diuréticos		
Analgésicos		
Outros		

Parte 2

1 - Eu gosto do meu peso				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
2 - Eu aceito o meu peso				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
3 - Como é a sua qualidade de vida atual				
Muito má	Má	OK	Boa	Muito boa
4 - Faço exercício regularmente				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo

5 – Participo em atividades sociais				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
6- Encontro-me regularmente com amigos e família				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
7 – Sinto-me excluído da vida social				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
8 – Sinto-me sob pressão por causa do meu peso				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
9- Por vezes, sinto-me deprimido				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
10- De modo geral, sinto-me satisfeito com a minha vida				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
11- Sinto-me restringido com o meu peso				
a) Em casa				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
b) No trabalho				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
c) Em privado				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo
12- Sinto-me autoconfiante				
Completamente errado	Errado	Assim/assim	Verdade	Completamente certo

Avaliação da qualidade de vida (EQ5D3L)

Assinale com um X (assim ×) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

MOBILIDADE

Não tenho problemas em andar

Tenho alguns problemas em andar

Tenho de estar na cama

CUIDADOS PESSOAIS

Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais

Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me

Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

ACTIVIDADES HABITUAIS (*ex. Trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer*)

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais

Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais

Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

DOR/MAL-ESTAR

Não tenho dores ou mal-estar

Tenho dores ou mal-estar moderados

Tenho dores ou mal-estar extremos

ANSIEDADE/DEPRESSÃO

Não estou ansioso/a ou deprimido/a

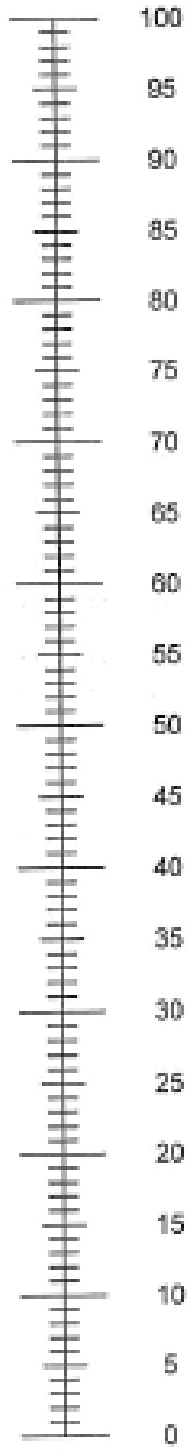
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a

Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

- Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.
- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
- 0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

**A melhor saúde que
possa imaginar**



**A pior saúde que
possa imaginar**