

POR FAVOR, ESCREVA

A DATA DE HOJE:

\_\_\_\_  
Dia

\_\_\_\_  
Mês

\_\_\_\_  
Ano

IDENTIFICAÇÃO DO/DA  
PARTICIPANTE:

POR FAVOR, LEIA COM CUIDADO

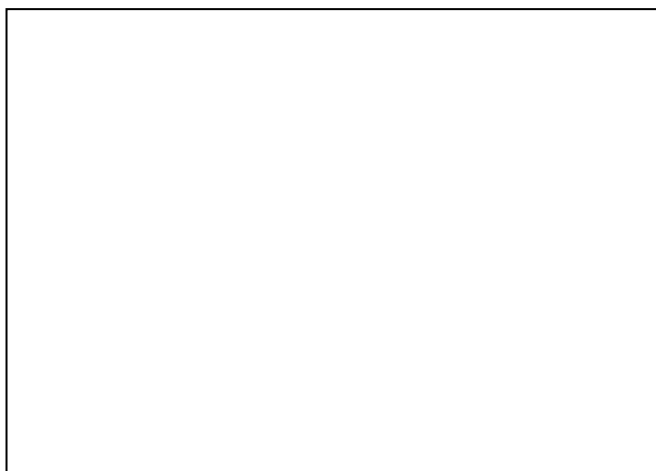
NAS PÁGINAS SEGUINTE VOCÊ ENCONTRARÁ ALGUMAS AFIRMAÇÕES  
FEITAS POR PESSOAS QUE TÊM INCONTINÊNCIA URINÁRIA  
(PERDER URINA SEM QUERER).

POR FAVOR, ESCOLHA A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLIQUE A SI, NESTE  
MOMENTO E FAÇA UM CÍRCULO EM TORNO DO NÚMERO DE SUA RESPOSTA.

SE VOCÊ NÃO TIVER CERTEZA DE COMO RESPONDER A UMA QUESTÃO, POR  
FAVOR, DÊ A MELHOR RESPOSTA QUE PUDER. **NÃO EXISTEM RESPOSTAS  
CERTAS OU ERRADAS.**

AS SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM SIGILO ABSOLUTO.

SE VOCÊ TIVER ALGUMA PERGUNTA, POR FAVOR ENTRE EM CONTACTO COM:



**Seus Sentimentos**

*(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)*

1. Preocupo-me com não poder chegar à casa de banho a tempo.  

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA
  
2. Preocupo-me com tossir ou espirrar devido aos meus problemas urinários ou de incontinência.  

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA
  
3. Tenho de ter cuidado quando fico em pé depois de ter ficado sentado/a, devido aos meus problemas urinários ou de incontinência.  

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA
  
4. Preocupo-me sobre onde se localizam as casas de banho em lugares novos.  

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA
  
5. Sinto-me deprimido/a por causa dos meus problemas urinários ou de incontinência.  

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA

*(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)*

6. Devido aos meus problemas urinários ou de incontinência, não me sinto livre para sair de casa por muito tempo.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

7. Sinto-me frustrado/a porque meus problemas urinários ou de incontinência me impedem de fazer o que quero.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

8. Preocupa-me que os outros sintam que cheiro a urina.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

9. Meus problemas urinários ou de incontinência estão sempre na minha mente.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

10. É importante para mim fazer visitas frequentes à casa de banho.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

*(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)*

11. Devido aos meus problemas urinários ou de incontinência, é importante planejar cada detalhe com antecedência.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

12. Preocupa-me que os meus problemas urinários ou de incontinência piorem à medida que eu envelheço.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

13. Tenho dificuldade em ter uma boa noite de sono por causa de meus problemas urinários ou de incontinência.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

14. Fico preocupado/a com sentir-me constrangido/a ou humilhado/a devido a meus problemas urinários ou de incontinência.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

15. Meus problemas urinários ou de incontinência fazem-me sentir como uma pessoa que não goza de uma boa saúde.

1 EXTREMAMENTE  
2 BASTANTE  
3 MODERADAMENTE  
4 UM POUCO  
5 NADA

*(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)*

16. Meus problemas urinários ou de incontinência fazem-me sentir desamparado/a.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

17. Aproveito menos a vida devido aos meus problemas urinários ou de incontinência.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

18. Preocupo-me sobre me urinar.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

19. Sinto-me como não tendo controlo sobre a minha bexiga.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

20. Tenho de ter cuidado com o tipo e a quantidade de líquidos que eu bebo devido aos meus problemas urinários ou de incontinência.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

*(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)*

21. Meus problemas urinários ou de incontinência limitam a minha escolha de roupas.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

22. Preocupo-me sobre fazer sexo por causa de meus problemas urinários ou de incontinência.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

## Sobre Você

- A-1 Há quanto tempo você tem tido problemas urinários ou de incontinência? (*Por favor, escreva o número, abaixo*)

<u>ANOS</u>	<u>MESES</u>
-------------	--------------

- A-2 Quantas consultas médicas você fez no último ano para tratar seus problemas urinários ou de incontinência? (*Por favor, escreva o número na linha fornecida*)

\_\_\_\_\_ **NÚMERO DE CONSULTAS NO ÚLTIMO ANO**

- A-3 Como você descreveria a gravidade de seus problemas urinários ou de incontinência? (*Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta*)

<b>1</b>	<b>LEVE</b>
<b>2</b>	<b>MODERADO</b>
<b>3</b>	<b>GRAVE</b>

- A-4 Você perde urina quando tosse, espirra, corre, caminha, salta, ou quando realiza alguma outra actividade específica?

<b>0</b>	<b>NÃO</b>
<b>1</b>	<b>SIM</b>

- A-5 Você perde o controlo da sua bexiga antes que consiga chegar ao toilete?

<b>0</b>	<b>NÃO</b>
<b>1</b>	<b>SIM</b>

A-6 Você perde urina em momentos não associados a qualquer actividade específica ou necessidade de ir ao toilete?

**0 NÃO**

**1 SIM**

A-7 No último mês, quantas vezes você perdeu urina, mesmo uma quantidade muito pequena, quando não queria? *(Por favor escreva o número na linha fornecida)*

\_\_\_\_\_ **NÚMERO DE VEZES NO ÚLTIMO MÊS**

A-8 No último mês, quantas vezes você perdeu urina, mesmo uma quantidade muito pequena, quando não queria?

**0 NENHUMA VEZ NO ÚLTIMO MÊS**

**1 UMA A DUAS VEZES NO ÚLTIMO MÊS**

**2 QUATRO VEZES (CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA)**

**3 DUAS A TRÊS VEZES POR SEMANA**

**4 CERCA DE UMA VEZ POR DIA**

**5 UMA OU DUAS VEZES POR DIA**

**6 TRÊS OU QUATRO VEZES POR DIA**

**7 CINCO OU MAIS VEZES POR DIA**