

# A sua Saúde - e - Bem-Estar

## Medida dos Sintomas Relacionados com o Peso (WRSM)

Este questionário pergunta pelos seus pontos de vista acerca da sua saúde e o seu peso.



*Obrigado por completar estas questões!*

---

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.  
(WRSM Standard (Portuguese) Portugal Version 1.0)

## Instruções para completar o questionário de qualidade de vida para os participantes no estudo

---

- 1) Este questionário é uma parte importante da sua avaliação médica geral. As questões estão estruturadas de forma a recolher informação acerca de como a sua saúde afectou a sua qualidade de vida desde o seu próprio ponto de vista.
- 2) Complete o questionário usando uma esferográfica. Escreva com força e de forma clara para garantir que as suas respostas são claras e legíveis.
- 3) Por favor demore o tempo que desejar a ler e responder a cada questão cuidadosamente. Algumas questões podem parecer semelhantes a outras, mas cada uma é diferente.
- 4) Por favor responda a cada questão marcando um ☐ na caixa que melhor descreve a sua resposta. Pode mudar uma resposta colocando uma linha (☐) ao longo da selecção que deseja mudar e marcando um ☐ na caixa correspondente à nova escolha.
- 5) Não existem respostas certas ou erradas. Se estiver inseguro cerca de como responder a uma questão, por favor dê a melhor resposta que puder.
- 6) As suas respostas são confidenciais. O coordenador do estudo irá apenas verificar se está tudo completo e não partilhará as suas respostas com outro pessoal clínico.

## Sintomas Relacionados com o Peso e Quanto o/a Incomodam

Para cada uma das seguintes questões, leia a lista de sintomas abaixo, e marque um ☒ na caixa que melhor descreve a sua resposta.

a. Nas últimas 4 semanas, teve os seguintes sintomas?			b. Se sim, o quanto estes sintomas o/a incomodaram?						
Não	Sim	SINTOMAS	De forma alguma	Quase nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Imensamente
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Falta de ar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Cansaço	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problemas em dormir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sensibilidade ao frio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento de sede	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento de irritabilidade	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dor nas costas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Urinar frequentemente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dores nas articulações (ancas, joelhos, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Retenção de água	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problemas nos pés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sensibilidade ao calor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Ressonar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

*(Por favor vire a página)*

(continuação)...

a. Nas últimas 4 semanas, teve os seguintes sintomas?			b. Se sim, o quanto estes sintomas o/a incomodaram?						
Não	Sim	SINTOMAS	De forma alguma	Quase nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Imensamente
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento de apetite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Perdas de urina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Tonturas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento de transpiração	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Perda de desejo sexual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Diminuição do vigor físico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Irritação na pele	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

*Por favor volte às perguntas que acabou de responder para ter a certeza de que não falhou nenhuma resposta*

***Obrigado por completar estas questões!***