



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

D	D	M	M	A	A
<input type="text"/>					

Avaliação

1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
<input type="checkbox"/>				

Data da avaliação

D	D	M	M	A	A
<input type="text"/>					

Data da próxima avaliação

D	D	M	M	A	A
<input type="text"/>					

Estado da ferida

Cicatrizada	Não Cicatrizada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vive sozinho?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>				
Dificuldades a tomar banho	<input type="checkbox"/>				
Imobilidade em casa	<input type="checkbox"/>				
Imobilidade fora de casa	<input type="checkbox"/>				
Deitar líquido ("babar") da ferida	<input type="checkbox"/>				
Dor na ferida	<input type="checkbox"/>				
Incómodo devido à ligadura ou penso	<input type="checkbox"/>				
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	<input type="checkbox"/>				
Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	<input type="checkbox"/>				
Dificuldade em encontrar calçado apropriado	<input type="checkbox"/>				
Problemas com o tempo necessário para tratar da ferida	<input type="checkbox"/>				
Dificuldades económicas por causa da ferida	<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"/>				
Confiar mais nos outros	<input type="checkbox"/>				
A sua família ou amigos serem superprotetores	<input type="checkbox"/>				
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex: passatempos)	<input type="checkbox"/>				
Contacto limitado com a família ou amigos	<input type="checkbox"/>				
Não sair devido a medo de magoar a ferida	<input type="checkbox"/>				
Querer isolar-se das pessoas	<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"/>				
Confiar mais nos outros	<input type="checkbox"/>				
A sua família ou amigos serem superprotetores	<input type="checkbox"/>				
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex: passatempos)	<input type="checkbox"/>				
Contacto limitado com a família ou amigos	<input type="checkbox"/>				
Não sair devido a medo de magoar a ferida	<input type="checkbox"/>				
Querer isolar-se das pessoas	<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: