



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO-GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
SAF Sul, trecho II, bloco F, Edifício Premium, 1º andar, sala 104
CEP 70.070-600 – Brasília/DF snt@saude.gov.br

Escore da qualidade de vida na dermatologia – Prurido intratável

Nome:

Idade:

Sexo:

Cor:

Serviço de Transplante Hepático:

Na semana que passou:

1) Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

2) Você sentiu-se constrangido ou inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

3) Sua pele tem afetado suas amizades?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

4) Você mudou a maneira de se vestir por causa de sua pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

5) Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

6) Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

7) a) Era período escolar ou laboral? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares ou laborais?

Me impediu de ir à escola ou trabalho () Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

OU

7) b) Era período de férias? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

9) Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

10) Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

11) Seu tratamento dermatológico foi problemático?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

Responsável pelas informações: