



Código quest.

N.º quest.

Código fam.

A Escola Superior de Saúde de Viseu, em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e a Universidade da Beira Interior, encontra-se a desenvolver um trabalho com vista à identificação de diversos problemas de saúde nos jovens e adultos designadamente a obesidade, os distúrbios do sono, o tabagismo, a densidade mineral óssea, a saúde oral e a presença de *Helicobacter pylori*.

Para tal, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento do questionário e realização de algumas medições/avaliações. O questionário deve ser preenchido individualmente. As respostas são confidenciais, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que responda a todas as questões.

Gratos pela colaboração,
A equipa de investigação

(Prof. Doutor Carlos Pereira)

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO	Não escrever nesta coluna																
1 – Sexo 1 <input type="checkbox"/> Masculino; 2 <input type="checkbox"/> Feminino.	1-□□																
2 – Data de nascimento ____ / ____ / _____. Idade: ____ Anos	2-□□																
3 – Qual a sua altura actual? _____ Cm.	3-□□□																
4 – Quanto pesa actualmente? _____ Kg.	4-□□□																
5 – Qual o seu grupo sanguíneo? _____. 1 <input type="checkbox"/> Não sei.	5-□□□																
6 – Qual o seu estado civil? 1 <input type="checkbox"/> Solteiro; 2 <input type="checkbox"/> Casado; 3 <input type="checkbox"/> Junto; 4 <input type="checkbox"/> Divorciado; 5 <input type="checkbox"/> Viúvo(a).	6-□																
7 – Quais as suas habilitações literárias? (Assinale a mais elevada.) <table border="1" data-bbox="229 1249 692 1550"><tr><td>< 4 anos</td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>4 – 6 anos</td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>7 – 9 anos</td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>10 – 12 anos</td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Bacharelato</td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Licenciatura</td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Mestrado</td><td>7 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doutoramento</td><td>8 <input type="checkbox"/></td></tr></table>	< 4 anos	1 <input type="checkbox"/>	4 – 6 anos	2 <input type="checkbox"/>	7 – 9 anos	3 <input type="checkbox"/>	10 – 12 anos	4 <input type="checkbox"/>	Bacharelato	5 <input type="checkbox"/>	Licenciatura	6 <input type="checkbox"/>	Mestrado	7 <input type="checkbox"/>	Doutoramento	8 <input type="checkbox"/>	7-□
< 4 anos	1 <input type="checkbox"/>																
4 – 6 anos	2 <input type="checkbox"/>																
7 – 9 anos	3 <input type="checkbox"/>																
10 – 12 anos	4 <input type="checkbox"/>																
Bacharelato	5 <input type="checkbox"/>																
Licenciatura	6 <input type="checkbox"/>																
Mestrado	7 <input type="checkbox"/>																
Doutoramento	8 <input type="checkbox"/>																
8 – Qual a sua profissão? _____. (Se estiver desempregado ou reformado, refira a profissão anterior.)	8-□□																
9 – Qual a sua situação profissional actual? 1 <input type="checkbox"/> Trabalha; 2 <input type="checkbox"/> Desempregado; 3 <input type="checkbox"/> Aposentado.	9-□																
10 – Quantas pessoas vivem na sua casa? _____ pessoas.	10-□□																
11 – Quem vive na sua casa? (Pode assinalar várias opções.) 1 <input type="checkbox"/> Marido/esposa; 2 <input type="checkbox"/> Filho/filha; 3 <input type="checkbox"/> Mãe; 4 <input type="checkbox"/> Pai; 5 <input type="checkbox"/> Tios; 6 <input type="checkbox"/> Primos; 7 <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____.	11-□□□																

12 – Quantos irmãos tem? _____.

12-□□

13 – Quantas assoalhadas (quartos e salas) tem a casa onde habita? _____.

13-□□

14 – A casa onde mora tem:

	Não	Sim
Água canalizada?	0□	1□
Casa de banho?	0□	1□
Sistema de esgotos?	0□	1□
Banheira e/ou duche?	0□	1□
Boas condições de higiene?	0□	1□

14a-□

14b-□

14c-□

14d-□

14e-□

15 – A água que bebe em sua casa é:

15-□

- Da rede;
 Do poço;
 Engarrafada.

16 – Tem animais de estimação e/ou domésticos?

16-□

- Não
 Sim. Se sim, qual(ais)? (Pode assinalar várias opções.)
- Gato;
 Cão;
 Pássaro;
 Porcos;
 Vacas;
 Galinhas;
 Ovelhas/Cabras;
 Outro(s). Qual(ais)? _____.

17 – Actualmente sofre de alguma doença?

17-□

- Não
 Sim. Se sim, Qual(ais)? _____.

18 – Alguém na sua família (pai, mãe, irmãos) tem ou teve problemas de estômago?

18-□

- Não sei;
 Não;
 Sim. Se sim, qual(ais)? (Pode assinalar várias opções.)

	Úlcera	Gastrite	Cancro	Outro. Qual?
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

18.1-□

18.2-□

18.3-□

19 – Alguma vez lhe foi diagnosticada osteoporose?

19-□

- Não Sim

20 – Alguma vez lhe foi diagnosticada artrite reumatoide?

20-□

- Não Sim

21 – Nos últimos 12 meses, foi consultado por um médico?

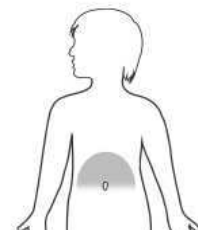
21-□

- Não
 Sim. Se sim, qual(ais) a(s) especialidade(s)? (Pode assinalar várias opções.)
- Medicina geral e familiar;
 Dermatologia;
 Ortopedia;
 Gastroenterologia;
 Ginecologia;
 Medicina Dentária;
 Outra. Qual(ais)? _____;
 Não sei.

<p>22 – Nos últimos 30 dias tomou algum antibiótico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual? _____ . <input type="checkbox"/> Não sei.</p> <p>23 – Nos últimos 30 dias, tomou mais algum medicamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual? _____ . <input type="checkbox"/> Não sei.</p>	<p>22-<input type="checkbox"/></p> <p>23-<input type="checkbox"/></p>
PARTE II – HÁBITOS	
<p>1 – Habitualmente, quais as refeições que faz diariamente? (Pode assinalar várias opções.) <input type="checkbox"/> Pequeno-almoço; <input type="checkbox"/> Meio da manhã; <input type="checkbox"/> Almoço; <input type="checkbox"/> Lanche; <input type="checkbox"/> Jantar; <input type="checkbox"/> Ceia.</p> <p>2 – Com que frequência come alimentos fritos (batatas fritas...)? <input type="checkbox"/> Nunca; <input type="checkbox"/> Raramente; <input type="checkbox"/> Às vezes; <input type="checkbox"/> Quase todos os dias; <input type="checkbox"/> Todos os dias.</p> <p>3 – Com que frequência come vegetais (alface, tomate, cenoura...)? <input type="checkbox"/> Nunca; <input type="checkbox"/> Raramente; <input type="checkbox"/> Às vezes; <input type="checkbox"/> Quase todos os dias; <input type="checkbox"/> Todos os dias.</p> <p>4 – Com que frequência come fruta (maçã, laranja, banana, cerejas...)? <input type="checkbox"/> Nunca; <input type="checkbox"/> Raramente; <input type="checkbox"/> Às vezes; <input type="checkbox"/> Quase todos os dias; <input type="checkbox"/> Todos os dias.</p> <p>5 – Costuma consumir leite? <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, com que frequência? <input type="checkbox"/> Menos de 1 copo/dia; <input type="checkbox"/> 1 a 2 copos/dia; <input type="checkbox"/> 3 ou mais copos/dia.</p> <p>6 – Costuma consumir derivados do leite (queijo, iogurtes, manteiga...)? <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, com que frequência? <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por dia; <input type="checkbox"/> 1 vez por dia; <input type="checkbox"/> 2 vezes por dia; <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes por dia.</p> <p>7 – Nos últimos 30 dias, consumiu bebidas alcoólicas? (se respondeu Não, passe à pergunta n.º8.) <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim, ocasionalmente; <input type="checkbox"/> Sim, todas as semanas; <input type="checkbox"/> Sim, todos os dias.</p> <p>7.1 – Se respondeu sim, considera que: <input type="checkbox"/> Bebe pouco; <input type="checkbox"/> Bebe moderadamente; <input type="checkbox"/> Bebe em excesso.</p>	<p>1-<input type="checkbox"/></p> <p>2-<input type="checkbox"/></p> <p>3-<input type="checkbox"/></p> <p>4-<input type="checkbox"/></p> <p>5-<input type="checkbox"/></p> <p>6-<input type="checkbox"/></p> <p>7-<input type="checkbox"/></p> <p>7.1-<input type="checkbox"/></p>

7.2 – Com que idade começou a consumir bebidas alcoólicas? _____ anos.	7.2-□□																																				
7.3 – Que bebidas costuma beber?	7.3-□																																				
<input type="checkbox"/> Vinho; <input type="checkbox"/> Cerveja; <input type="checkbox"/> Bebidas brancas ou espirituosas (aguardente, whisky, gin, vodka, vinho do Porto, licores).																																					
8 – Costuma beber refrigerantes?	8-□																																				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se respondeu “sim”, com que frequência? <input type="checkbox"/> Raramente; <input type="checkbox"/> Às vezes; <input type="checkbox"/> Quase todos os dias; <input type="checkbox"/> Todos os dias.																																					
9 – Já alguma vez fumou? (se respondeu Não, passe para a pergunta n.º10.)	9-□																																				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																																					
9.1 – Que idade tinha quando começou a fumar? _____ anos.	9.1-□□																																				
9.2 – Em média, quantos cigarros fumou por dia? _____ cigarros.	9.2-□																																				
9.3 – Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar? _____ meses.	9.3-□□																																				
10 – Costuma tomar café?	10-□																																				
<input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, habitualmente quantos cafés toma por dia? _____ cafés.	10.1-□□																																				
11 – Com que frequência lava as mãos:																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>Nunca</i></th> <th><i>Raramente</i></th> <th><i>Às vezes</i></th> <th><i>Quase sempre</i></th> <th><i>Sempre</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11.1 – Antes de ir à casa de banho?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11.2 – Depois de ir à casa de banho?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11.3 – Antes das refeições?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11.4 – Depois das refeições?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11.5 – Antes de ir dormir?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Sempre</i>	11.1 – Antes de ir à casa de banho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.2 – Depois de ir à casa de banho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.3 – Antes das refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4 – Depois das refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.5 – Antes de ir dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11a-□ 11b-□ 11c-□ 11d-□ 11e-□
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Sempre</i>																																
11.1 – Antes de ir à casa de banho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
11.2 – Depois de ir à casa de banho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
11.3 – Antes das refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
11.4 – Depois das refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
11.5 – Antes de ir dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
12 – Nos últimos 7 dias quantas vezes tomou banho? _____ vezes.	12-□																																				
13 – Alguma vez teve o vício de roer as unhas?	13-□																																				
<input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim.																																					
14 – Actualmente tem o vício de roer as unhas?	14-□																																				
<input type="checkbox"/> Nunca; <input type="checkbox"/> Sim, raramente; <input type="checkbox"/> Sim, às vezes; <input type="checkbox"/> Sim, quase sempre; <input type="checkbox"/> Sim, sempre.																																					
15 – Costuma praticar, regularmente, algum tipo de desporto?	15-□																																				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quantas horas por semana? _____ horas.	15.1-□																																				
PARTE III – QUESTIONÁRIO ROMA III																																					
0.0 – Alguma vez sentiu azia (sensação de ardor ou queimadura) no estômago?	0.0-□																																				
<input type="checkbox"/> Nunca; <input type="checkbox"/> Sim, raramente; <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes; <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes.																																					
0.1 – Nos últimos 30 dias sentiu azia (sensação de ardor ou queimadura) no estômago?	0.1-□																																				
<input type="checkbox"/> Nunca; <input type="checkbox"/> Sim, raramente; <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes; <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes.																																					

<p>1 – Nos últimos 3 meses com que frequência teve dor ou desconforto no meio do seu peito (não relacionada com problemas cardíacos)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nunca; <input type="checkbox"/> 1 Menos de um dia por mês; <input type="checkbox"/> 2 Um dia por mês; <input type="checkbox"/> 3 Dois a três dias por mês; <input type="checkbox"/> 4 Um dia por semana; <input type="checkbox"/> 5 Mais de um dia por semana; <input type="checkbox"/> 6 Todos os dias.</p>	1- <input type="checkbox"/>
<p>2 – Nos últimos 3 meses, com que frequência teve azia (sensação de ardor ou queimadura) no estômago?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nunca; <input type="checkbox"/> 1 Menos de uma vez por mês; <input type="checkbox"/> 2 Um dia por mês; <input type="checkbox"/> 3 Dois a três dias por mês; <input type="checkbox"/> 4 Um dia por semana; <input type="checkbox"/> 5 Mais de um dia por semana; <input type="checkbox"/> 6 Todos os dias.</p>	2- <input type="checkbox"/>
<p>3 – Nos últimos 3 meses, com que frequência se sentiu desconfortavelmente cheio (enfartado) depois de uma refeição de quantidade habitual?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nunca (<u>se responder esta opção passe para a pergunta nº5</u>); <input type="checkbox"/> 1 Menos de um dia por mês; <input type="checkbox"/> 2 Um dia por mês; <input type="checkbox"/> 3 Dois a três dias por mês; <input type="checkbox"/> 4 Um dia por semana; <input type="checkbox"/> 5 Mais de um dia por semana; <input type="checkbox"/> 6 Todos os dias.</p>	3- <input type="checkbox"/>
<p>4 – Nos últimos 6 meses, teve esta sensação de enfartamento (desconfortavelmente cheio) após as refeições?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p>	4- <input type="checkbox"/>
<p>5 – Nos últimos 3 meses, com que frequência foi incapaz de terminar uma refeição de quantidade habitual?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nunca (<u>se responder esta opção passe para a pergunta nº7</u>); <input type="checkbox"/> 1 Menos de uma vez por mês; <input type="checkbox"/> 2 Um dia por mês; <input type="checkbox"/> 3 Dois a três dias por mês; <input type="checkbox"/> 4 Um dia por semana; <input type="checkbox"/> 5 Mais de um dia por semana; <input type="checkbox"/> 6 Todos os dias.</p>	5- <input type="checkbox"/>
<p>6 – Nos últimos 6 meses ou mais, sentiu esta incapacidade de terminar refeições de quantidade habitual?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p>	6- <input type="checkbox"/>
<p>7 – Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu dor ou ardor no meio do abdômen, acima do umbigo mas não no peito? (área sombreada na figura)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nunca (<u>se responder esta opção passe para a pergunta nº14.</u>); <input type="checkbox"/> 1 Menos de uma vez por mês; <input type="checkbox"/> 2 Um dia por mês; <input type="checkbox"/> 3 Dois a três dias por mês; <input type="checkbox"/> 4 Um dia por semana; <input type="checkbox"/> 5 Mais de um dia por semana; <input type="checkbox"/> 6 Todos os dias.</p>	7- <input type="checkbox"/>
<p>8 – Nos últimos 6 meses ou mais, sentiu esta dor ou ardor?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p>	8- <input type="checkbox"/>



9 – Esta dor ou ardor aparece e depois desaparece completamente no mesmo dia?

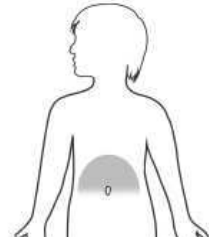
9-

- 0 Nunca ou raramente;
- 1 Às vezes;
- 2 Muitas vezes;
- 3 Maioria das vezes;
- 4 Sempre.

10 – Normalmente, qual a intensidade da dor ou ardor no meio do abdômen acima do seu umbigo? (área sombreada na figura)

10-

- 0 Muito ligeira;
- 1 Ligeira;
- 2 Moderada;
- 3 Intensa;
- 4 Muito intensa.



11 – Esta dor ou ardor aliviava com o uso de antiácidos?

11-

- 0 Nunca ou raramente;
- 1 Às vezes;
- 2 Muitas vezes;
- 3 Maioria das vezes;
- 4 Sempre;
- 5 Não uso antiácidos.

12 – Esta dor ou ardor normalmente melhorava ou passava após evacuação ou eliminação de gases?

12-

- 0 Nunca;
- 1 Sim, raramente;
- 2 Sim, às vezes;
- 3 Sim, quase sempre;
- 4 Sim, sempre.

13 – Com que frequência essa dor ou desconforto aliviou com movimentos ou troca de posição do corpo?

13-

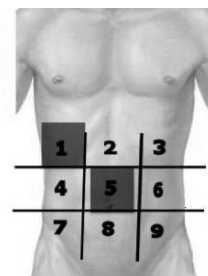
- 0 Nunca ou raramente;
- 1 Às vezes;
- 2 Muitas vezes;
- 3 Maioria das vezes;
- 4 Sempre.

14 – Nos últimos 6 meses, com que frequência teve dor constante no meio ou na área superior direita do abdômen (área sombreada na figura)?

14-

0 Nunca (se responder esta opção não responda às perguntas seguintes e passe para a PARTE IV.);

- 1 Menos de uma vez por mês;
- 2 Um dia por mês;
- 3 Dois a três dias por mês;
- 4 Um dia por semana;
- 5 Mais de um dia por semana;
- 6 Todos os dias.



15 – Esta dor durou 30 minutos ou mais?

15-

- 0 Nunca ou raramente;
- 1 Às vezes;
- 2 Muitas vezes;
- 3 Maioria das vezes;
- 4 Sempre.

16 – Esta dor aumentou de intensidade até ficar muito forte e contínua?

16-

- 0 Nunca ou raramente;
- 1 Às vezes;
- 2 Muitas vezes;
- 3 Maioria das vezes;
- 4 Sempre.

<p>17 – Esta dor desapareceu completamente entre os episódios?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca ou raramente; <input type="checkbox"/> Às vezes; <input type="checkbox"/> Muitas vezes; <input type="checkbox"/> Maioria das vezes; <input type="checkbox"/> Sempre.</p> <p>18 – Esta dor impediu-o/a de realizar as suas actividades habituais, ou levou-o/a a ir urgentemente consultar um médico ou recorrer a um serviço de urgência?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca ou raramente; <input type="checkbox"/> Às vezes; <input type="checkbox"/> Muitas vezes; <input type="checkbox"/> Maioria das vezes; <input type="checkbox"/> Sempre.</p>	<p>17-<input type="checkbox"/></p> <p>18-<input type="checkbox"/></p>
PARTE IV – SAÚDE ORAL	
<p>1 – Como descreve a sua saúde oral?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito boa; <input type="checkbox"/> Boa; <input type="checkbox"/> Razoável; <input type="checkbox"/> Fraca; <input type="checkbox"/> Muito fraca.</p> <p>2 – Habitualmente, quantas vezes por dia faz a sua higiene oral? _____ vezes.</p> <p>3 – No dia de ontem, quantas vezes fez a sua higiene oral?</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma; <input type="checkbox"/> Uma vez; <input type="checkbox"/> Duas vezes; <input type="checkbox"/> Três ou mais vezes.</p> <p>4 – De cada vez que faz a sua higiene oral, em média, quanto tempo demora?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 minuto; <input type="checkbox"/> 1 minuto; <input type="checkbox"/> 2 minutos; <input type="checkbox"/> 3 ou mais minutos.</p> <p>5 – Quando é que faz a sua higiene oral? (Podes assinalar mais do que uma).</p> <p><input type="checkbox"/> Quando me levanto; <input type="checkbox"/> Ao fim do pequeno-almoço; <input type="checkbox"/> Ao fim do almoço; <input type="checkbox"/> Ao fim do lanche; <input type="checkbox"/> Ao fim do jantar; <input type="checkbox"/> Antes de deitar.</p> <p>6 – Como realiza a sua higiene oral?</p> <p><input type="checkbox"/> Escovo as gengivas, dentes e língua; <input type="checkbox"/> Escovo os dentes e a língua; <input type="checkbox"/> Escovo os dentes e as gengiva; <input type="checkbox"/> Escovo apenas os dentes.</p> <p>7 – Costuma utilizar o fio dentário?</p> <p><input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim, às vezes; <input type="checkbox"/> Sim, diariamente; <input type="checkbox"/> Não sei o que é o fio dentário.</p> <p>8 – Alguma vez ensinou os seus filhos a fazerem a sua higiene oral?</p> <p><input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>9 – Alguma vez foi consultado(a) por um médico dentista?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>10 – Nos últimos 12 meses foi consultado(a) por um médico dentista?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quantas vezes? _____.</p>	<p>1-<input type="checkbox"/></p> <p>2-<input type="checkbox"/></p> <p>3-<input type="checkbox"/></p> <p>4-<input type="checkbox"/></p> <p>5-<input type="checkbox"/></p> <p>6-<input type="checkbox"/></p> <p>7-<input type="checkbox"/></p> <p>8-<input type="checkbox"/></p> <p>9-<input type="checkbox"/></p> <p>10-<input type="checkbox"/></p> <p>10.1-<input type="checkbox"/></p>

<p>11 – Qual o motivo da consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Rotina; <input type="checkbox"/> 2 Dor de dentes; <input type="checkbox"/> 3 Cara inchada; <input type="checkbox"/> 4 Tratamento de cáries; <input type="checkbox"/> 5 Outro. Qual? _____.</p>	11- <input type="checkbox"/>
PARTE V – SONO	
<p>1 - No último mês, quando se deitou, sentiu dificuldade em adormecer?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nunca; <input type="checkbox"/> 2 Menos do que uma vez por semana; <input type="checkbox"/> 3 Uma a duas vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 Três ou mais vezes por semana.</p>	1- <input type="checkbox"/>
<p>2 -No último mês, com que frequência acordou durante a noite?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nunca; <input type="checkbox"/> 2 Menos do que uma vez por semana; <input type="checkbox"/> 3 Uma a duas vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 Três ou mais vezes por semana.</p>	2- <input type="checkbox"/>
<p>3 – Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar a adormecer?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p>	3- <input type="checkbox"/>
<p>4 – No último mês, acordou demasiado cedo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nunca; <input type="checkbox"/> 2 Menos do que uma vez por semana; <input type="checkbox"/> 3 Uma a duas vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 Três ou mais vezes por semana.</p>	4- <input type="checkbox"/>
<p>5 – Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar a adormecer?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p>	5- <input type="checkbox"/>
<p>6 – No último mês, acha que o seu sono foi agitado, de má qualidade ou superficial?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nunca; <input type="checkbox"/> 2 Menos do que uma vez por semana; <input type="checkbox"/> 3 Uma a duas vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 Três ou mais vezes por semana.</p>	6- <input type="checkbox"/>
<p>7 – Em média, quantas horas dorme por noite? _____ horas.</p>	7- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>8 – No último mês, como avalia a qualidade geral do seu sono?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ótimo; <input type="checkbox"/> 2 Bom; <input type="checkbox"/> 3 Assim assim; <input type="checkbox"/> 4 Mau; <input type="checkbox"/> 5 Péssimo.</p>	8- <input type="checkbox"/>
<p>9- No último mês, sentiu sono durante o dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Não, nunca; <input type="checkbox"/> 2 Sim, às vezes; <input type="checkbox"/> 3 Sim, muitas vezes; <input type="checkbox"/> 4 Sim, até já adormeci.</p>	9- <input type="checkbox"/>
<p>10 - Costuma acordar cansado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nunca; <input type="checkbox"/> 2 Raramente; <input type="checkbox"/> 3 Às vezes; <input type="checkbox"/> 4 Quase todas os dias; <input type="checkbox"/> 5 Todas os dias.</p>	10- <input type="checkbox"/>
<p>11 - Nos últimos 12 meses, tomou algum medicamento para dormir?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p>	11- <input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração.