

Você se sente capaz de trabalhar ou de fazer suas atividades habituais (como sempre fez)?

Sim

Não

Não,
Nenhum
100%

Você sente algum sintoma
(desconforto físico)?

Você fica sentado(a) ou deitado(a)
mais da metade do seu dia?

Não

Sim

Sim

O quanto este sintoma lhe incomoda?

(responda considerando apenas o sintoma mais importante na sua opinião)

Muito pouco (**90%**), pouco (**90%**), mais ou menos (**90%**), muito (**80%**), muitíssimo (**80%**)?

Maior parte de tempo sentado
ou deitado **50%**
Maior parte do tempo
acamado **40%**

Totalmente acamado

Não

Para cuidar de si mesmo (a), você
necessita de auxílio de outras pessoas?

Como tem sido sua
alimentação?

Nenhum
auxílio
70%

Assistência ocasional
(algumas vezes) **60%**

Assistência
considerável
(muitas vezes)
50%

Alimentação normal ou
quase normal **30%**

Comendo pouco ou muito
pouco **20%**