

Material Suplementar para “Tradução, adaptação transcultural e validação da escala *Integrated Palliative Care Outcome Scale Renal* (IPOS-Renal) para o português do Brasil”

Nome:

Por favor, responda às perguntas abaixo, escolhendo a opção que melhor representa como se sentiu nos últimos 7 dias. Sua contribuição é essencial para melhorar os cuidados oferecidos a você e aos demais pacientes com doença renal crônica. Obrigado (a)!

P1. Quais têm sido os seus principais problemas ou preocupações nos últimos 7 (sete) dias?

1. _____
2. _____
3. _____

P2. Segue-se uma lista de sintomas que pode ou não ter tido. Para cada um destes sintomas faça um "X" na resposta que melhor descreve a forma como este sintoma o/a afetou durante os últimos 7 (sete) dias?

	<i>Não</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Forte</i>	<i>Insuportável</i>
Dor	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Falta de ar	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Cansaço/falta de energia	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Náuseas/enjôo	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Vômitos	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Pouco apetite	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Intestino preso	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Feridas na boca ou boca seca	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Sonolência	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Dificuldade para caminhar	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Ccoceira	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Dificuldade de dormir	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Pernas inquietas ou dificuldades em manter as pernas quietas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Alterações na pele	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Diarréia	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Por favor, indique se houver quaisquer <u>outros</u> sintomas que não foram aqui referidos e faça um "X" na resposta que melhor descreve a forma como esses sintomas <u>o/a afetaram durante os últimos 7 (sete) dias.</u>					
1.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

<u>Durante os últimos 7 dias:</u>	Não	Raramente	Às vezes	A maior parte do tempo	Sempre
P3. Você tem se sentido ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou tratamento?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
P4. Algum dos seus familiares ou amigos ficou ansioso ou preocupado com você?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
P5. Você tem se sentido deprimido/a?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

<u>Durante os últimos 7 dias:</u>	<i>Sim</i>	<i>A maior parte do tempo</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
P6. Você se sentiu em paz?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
P7. Você conseguiu compartilhar com a sua família ou amigos como está se sentindo?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
P8. Você tem recebido toda a informação que deseja?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

<u>Durante os últimos 7 dias:</u>	Problemas resolvidos ou não tive problemas	Problemas em grande parte resolvidos	Problemas parcialmente resolvidos	Problemas praticamente não resolvidos	Problemas não resolvidos
P9. Caso tenha enfrentado problemas práticos resultantes da sua doença, eles foram resolvidos (tais como questões pessoais e/ou financeiras)?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

<u>Durante os últimos 7 dias:</u>	Nenhum	Até metade de um dia	Mais do metade que a metade de um dia
P10. Quanto tempo você considera que dedicou a consultas relacionadas com os seus cuidados de saúde (por exemplo, tempo com transportes ou repetição de exames)?	0 ☐	1 ☐	2 ☐

	Sozinho/a	Com a ajuda de um/a amigo/a ou de um/a familiar	Com a ajuda de um/uma profissional de saúde
P11. Como você preencheu este questionário?	0 ☐	1 ☐	2 ☐