

Saúde Geral: Durante as últimas 4 semanas

1. Em geral, como você diria que a saúde de seu/sua filho(a) tem sido?

Ruim	Regular	Boa	Muito Boa	Excelente
------	---------	-----	-----------	-----------

2. Com que frequência seu/sua filho(a) fica doente?

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	---------------	-----------	-------

Dor/Desconforto: Durante as últimas 4 semanas

3. Com que frequência seu/sua filho(a) sentiu alguma dor ou desconforto?

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	---------------	-----------	-------

4. O quão forte tem sido a dor e/ou desconforto de seu/sua filho(a)?

Muito forte	Forte	Moderada	Fraca	Nenhuma Dor
-------------	-------	----------	-------	-------------

Função Pulmonar: Durante as últimas 4 semanas

5. O quão difícil foi para seu/sua filho(a) chorar, balbuciar, falar (de acordo com a idade) sem sentir falta de ar?

Difícil	Um pouco difícil	Neutro	Um pouco fácil	Fácil
---------	------------------	--------	----------------	-------

6. Com que frequência seu/sua filho(a) sente falta de ar fazendo algum tipo de atividade?

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	---------------	-----------	-------

Acessibilidade: Durante as últimas 4 semanas

7. Com que frequência a condição de saúde de seu/sua filho(a) limitou o acesso dele(a) aos lugares?

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	---------------	-----------	-------

Função Física: Durante as últimas 4 semanas

8. O quão difícil foi para seu/sua filho(a) mover a parte superior do corpo dele(a)?

Difícil	Um pouco difícil	Neutro	Um pouco fácil	Fácil
---------	------------------	--------	----------------	-------

9. O quão difícil foi para seu/sua filho(a) se sentar sozinho(a)?

Difícil	Um pouco difícil	Neutro	Um pouco fácil	Fácil
---------	------------------	--------	----------------	-------

POR FAVOR, PROSSIGA NA PRÓXIMA PÁGINA

10. O quão difícil foi para seu/sua filho(a) manter o equilíbrio enquanto engatinha, anda ou corre?				
Difícil	Um pouco difícil	Neutro	Um pouco fácil	Fácil

Vivência Cotidiana: Durante as últimas 4 semanas

11. O quão difícil foi para seu/sua filho(a) se vestir sozinho(a) ou com ajuda de alguém? (exemplos: ajudar a tirar ou pôr roupas, empurrar braços e pernas através de camisas ou calças, ou ajudar com prendedores, zíperes, botões, velcro etc)				
Difícil	Um pouco difícil	Neutro	Um pouco fácil	Fácil
12. Meu/minha filho(a) necessita de mais tempo do que o esperado de uma criança para comer a mesma quantidade de comida.				
Concordo bastante	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo bastante

Fatiga/ Nível de Energia: Durante as últimas 4 semanas

13. O quão frequentemente seu/sua filho(a) se sente cansado(a)?				
Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
14. O quão difícil foi para seu/sua filho(a) manter a energia dele(a) durante o dia inteiro?				
Difícil	Um pouco difícil	Neutro	Um pouco fácil	Fácil

Emoções: Durante as últimas 4 semanas

15. Com que frequência seu/sua filho(a) se sente ansioso(a) por causa da condição médica dele(a)?				
Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
16. Com que frequência seu/sua filho(a) se sentiu frustrado devido a condição médica dele(a)?				
Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca

POR FAVOR, PROSSIGA NA PRÓXIMA PÁGINA

Impacto nos Pais: Durante as últimas 4 semanas				
17. Com que frequência você se sentiu ansioso(a)/nervoso(a) por causa da condição médica de seu/sua filho(a)?				
Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
18. Com que frequência a condição médica de seu/sua filho(a) interferiu nas atividades da família?				
Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
19. Qual foi o impacto da condição médica de seu/sua filho(a) que você sentiu em seu nível de energia?				
Extremo	Alto	Neutro	Baixo	Nenhum
20. Com que frequência você perdeu ou se atrasou para o trabalho ou para eventos sociais devido à condição médica de seu/sua filho(a)?				
Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
21. Você tem tempo de passar tempo com seu/sua parceiro(a), família, esposo(a), apesar da condição médica de seu/sua filho(a)?				
Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito tempo
Impacto Financeiro: Durante as últimas 4 semanas				
22. Qual foi o impacto em custos que o diagnóstico de Escoliose de Início Precoce teve em suas finanças?				
Extremamente alto	Alto	Neutro	Baixo	Muito baixo

Satisfação: Durante as últimas 4 semanas				
23. O quão satisfeito(a) está <u>seu/sua filho(a)</u> com a capacidade dele(a) para fazer coisas?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
24. O quão satisfeito(a) <u>você</u> está com a capacidade de seu/sua filho(a) para fazer coisas?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito

POR FAVOR, PROSSIGA NA PRÓXIMA PÁGINA