



**Por fim, pedimos-lhe que complete os seguintes dados:**

**- Informação geral**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  masculino       feminino
3. Nacionalidade:  portuguesa       outra – qual? \_\_\_\_\_
4. Habilitações literárias:  até ao 4ºano  
 6º ano  
 9º ano  
 12ºano  
 licenciatura  
 mestrado  
 doutoramento
5. Local de residência (concelho): \_\_\_\_\_

**- Informação relativa à situação familiar**

6. Estado civil: solteiro       casado       união de facto       divorciado       viúvo
7. Se escolheu a opção casado ou união de facto, refira há quanto tempo mantém essa relação: \_\_\_\_ano(s)
8. Filhos: sim  (nº \_\_\_\_ idades \_\_\_\_\_)      não
9. Reside sozinho ? sim       não
10. Se respondeu não, que outros elementos fazem parte do agregado familiar?  
Cônjuge/companheiro       Filho(s)       Pais e/ou sogros       Outros  \_\_\_\_\_

**- Informação relativa à situação profissional**

11. Situação profissional:  estudante  
 domestico/a  
 emprego a tempo inteiro (*full-time*)  
 emprego em regime de tempo parcial (*part-time*)  
 desempregado/a – Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 reformado/a – Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 outra situação – Qual? \_\_\_\_\_
12. Qual a sua profissão/ocupação profissional atual ou a última que teve? \_\_\_\_\_
13. Encontra-se neste momento de baixa médica?  não       sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
14. A doença esteve na origem da sua baixa médica, situação de desemprego ou de reforma?  não       sim
15. Que contrato de trabalho mantém na sua empresa/instituição ou mantinha na sua última atividade profissional?  tempo indeterminado       termo certo ou contrato a prazo  
 termo incerto ou contrato sem termo       avença ou “recibo verde”  
 outro: \_\_\_\_\_



16. Há quanto tempo trabalha ou trabalhou nessa empresa ou instituição? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses.
17. Em média quanto tempo passa ou passava por dia no seu local de trabalho? \_\_\_\_\_ horas
18. Nos últimos 4 meses em que trabalhou, quantos dias teve que faltar ao trabalho por motivo de doença (aproximadamente)? \_\_\_\_\_ dias

**- Informação relativa à condição clínica**

19. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico da sua doença? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses
20. Há quanto tempo é seguido(a) nas consultas aqui no Hospital? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses
21. Tem mais algum problema de saúde crónico (físico ou mental?) Não  Sim  Qual \_\_\_\_\_
22. Tem algum tipo de acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Não  Sim  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
23. Tem algum familiar com diabetes?  não  sim Qual o parentesco? \_\_\_\_\_
24. Faz medicação oral para a diabetes:  não  sim
25. Faz Insulina injetável?  não  sim
26. Faz controlo regular da sua glicémia?  não  sim
- Se sim, com que regularidade?  diariamente  semanalmente  mensalmente  outra
- Se sim, indique como têm estado os seus níveis de glicémia nas últimas 4 semanas?
- Bons  Mais ou menos  Maus
27. Já esteve internado(a) devido à diabetes?  não  sim
28. Já recorreu a alguma consulta de oftalmologia devido à sua diabetes?  não  sim

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
- Até que ponto está satisfeito com a informação que tem sobre a sua doença e o tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Até que ponto está satisfeito(a) com a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Qual foi a sua reação ao saber que tinha diabetes?

---



---



---

**Muito obrigado pela sua colaboração!**



### Informação clínica

--	--	--	--	--	--

Há quanto tempo foi feito o diagnóstico da diabetes? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é seguido(a) nas consultas? \_\_\_\_\_

<b>Classificação:</b>	DM tipo 1 <input type="checkbox"/>	DM tipo 2 <input type="checkbox"/>	
<b>IMC</b>	≤ 24,9 Normal <input type="checkbox"/>	25 – 29,9 Pré-obesidade <input type="checkbox"/>	≥ 30 Obesidade <input type="checkbox"/>

#### Valores analíticos:

- HbA1c	≤ 7,0% Bom controlo <input type="checkbox"/>	> 7,0% Mau controlo <input type="checkbox"/>	
- Colesterol LDL	< 70 Normal <input type="checkbox"/>	70 - 100 Intermédio <input type="checkbox"/>	≥ 100 Elevado <input type="checkbox"/>
- Triglicéridos	< 100 Normal <input type="checkbox"/>	200 - 399 Intermédio <input type="checkbox"/>	> 400 Elevado <input type="checkbox"/>

#### Terapêutica:

- Insulina	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Antidiabéticos orais	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Alterações na dieta alimentar	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Aumento da activid. física	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

#### Complicações:

- Retinopatia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Nefropatia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Neuropatia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Doença cardiovascular	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Doença cerebrovascular	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Pé diabético	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Hipertensão arterial	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

#### Observações

---



---



---