



**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. Filhos: sim  (nº \_\_\_ idades \_\_\_\_\_)      não
8. Reside sozinho ? sim       não
9. 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? \_\_\_\_\_

**- Informação relativa à condição clínica**

13. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico da sua doença? \_\_\_\_\_ anos
14. Há quanto tempo é seguido(a) nas consultas aqui no Hospital? \_\_\_\_\_ anos
15. Tem mais algum problema de saúde crónico (físico ou mental?) Não       Sim  Qual \_\_\_\_\_



16. Tem algum tipo de acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Não  Sim  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
17. Tem algum familiar com Asma?  não  sim Qual o parentesco? \_\_\_\_\_
18. Faz medicação para a Asma:  não  sim Qual \_\_\_\_\_
19. Já recorreu ao serviço de urgência devido a uma crise de Asma?  não  sim
20. Já esteve internado(a) devido à Asma?  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 Asma?

---



---



---

**Muito obrigado pela sua colaboração!**