

Questionário

Este questionário consta de um conjunto de perguntas que servirão de base à elaboração de um estudo prospectivo sobre a incidência de infecção sistêmica que precede um AVC, tipos de infecção e tipos de AVC's; será realizado na cidade da Covilhã, no Hospital Pêro da Covilhã, na unidade de AVC's. A resposta a estas perguntas será totalmente confidencial.

Sexo: M/F Data de nascimento: / / Profissão:

1. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

- 1.1. Dor ou ardor a urinar Sim Não
- 1.2. Necessidade de urinar mais frequentemente e em pequena quantidade e sensação constante de vontade de urinar Sim Não
- 1.3. Urina turva Sim Não
- 1.4. Odor desagradável Sim Não
- 1.5. Urgência súbita de urinar Sim Não
- 1.6. Vontade de urinar de noite Sim Não
- 1.7. Sangue na urina Sim Não
- 1.8. Febre elevada Sim Não
- 1.9. Dor na região lombar Sim Não
- 1.10. Dirigiu-se ao médico? Sim Não
- 1.11. Recebeu tratamento? Sim Não
- 1.12. Se sim, qual o motivo?
-
-

2. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

- 2.1. Tosse seca com ou sem expectoração Sim Não
- 2.2. Nariz a escorrer, nariz entupido Sim Não
- 2.3. Febre Sim Não
- 2.4. Dor e pontadas fortes no peito Sim Não

2.5. Dor de garganta, garganta irritada *Sim* *Não*

2.6. Dirigiu-se ao médico? *Sim* *Não*

2.7. Recebeu tratamento? *Sim* *Não*

2.8. Se sim, qual o motivo?

3. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

3.1. Gengivas frágeis, vermelhas ou inchadas *Sim* *Não*

3.2. Gengivas que sangram facilmente à escovagem *Sim* *Não*

3.3. Presença de secreção purulenta entre os dentes e as gengivas e mobilidade dentária
Sim *Não*

3.4. Familiares com problemas de gengivas *Sim* *Não*

3.5. Dirigiu-se ao médico? *Sim* *Não*

3.6. Recebeu tratamento? *Sim* *Não*

3.7. Se sim, qual o motivo?

4. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

4.1. Desconforto ou dor na parte superior do abdómen 1 a 3h após as refeições, que alivia com a ingestão de alimentos ou antiácidos
Sim *Não*

4.2. Náuseas *Sim* *Não*

4.3. Vômitos *Sim* *Não*

4.4. Fezes negras *Sim* *Não*

4.5. Diarreia de menor volume com/sem sangue e muco *Sim* *Não*

4.6. Dor na parte inferior do abdómen que melhora com a defecação *Sim* *Não*

4.7. Fezes em grande quantidade *Sim* *Não*

4.8. Dor tipo cólica em torno do umbigo *Sim* *Não*

4.9. Dirigiu-se ao médico? *Sim* *Não*

4.10. Recebeu tratamento? *Sim* *Não*

4.11. Se sim, qual o motivo?

5. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

5.1. Febre *Sim* *Não*

5.2. Edema *Sim* *Não*

5.3. Dor nas articulações *Sim* *Não*

5.4. Eritema *Sim* *Não*

5.5. Nódulos subcutâneos *Sim* *Não*

5.6. Não coordenação dos movimentos *Sim* *Não*

5.7. Sintomas de inflamação cardíaca *Sim* *Não*

5.1.1 Tumefacção de 3 ou mais articulações *Sim* *Não*

5.1.2 Envolvimento das articulações metacarpofalângicas e metatarsofalângicas *Sim* *Não*

5.1.3 Rigidez matinal superior a 30 minutos *Sim* *Não*

5.1.4 Simetria do envolvimento articular *Sim* *Não*

5.2.1 Apenas 1 articulação afectada *Sim* *Não*

5.2.2 Febre *Sim* *Não*

5.2.3 Calafrios *Sim* *Não*

5.2.4 Inchaço *Sim* *Não*

5.2.5 Dores intensas na articulação *Sim* *Não*

5.2.6 Dirigiu-se ao médico? *Sim* *Não*

5.2.7 Recebeu tratamento? *Sim* *Não*

5.2.8 Se sim, qual o motivo?

6. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

- 6.1. Tremores Sim Não
- 6.2. Calafrios Sim Não
- 6.3. Febre elevada subitamente Sim Não
- 6.4. Fraqueza Sim Não
- 6.5. Náuseas Sim Não
- 6.6. Vômitos Sim Não
- 6.7. Diarreia Sim Não
- 6.8. Dirigiu-se ao médico? Sim Não
- 6.9. Recebeu tratamento? Sim Não
- 6.10. Se sim, qual o motivo?
-
-

7. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

- 7.1.1. Dores no peito Sim Não
- 7.1.2. Arritmia Sim Não
- 7.1.3. Diminuição da respiração, particularmente durante actividade física Sim Não
- 7.1.4. Retenção de fluidos com perna, tornozelo e pés inchados Sim Não
- 7.1.5. Fadiga Sim Não
- 7.1.6. Perda súbita de consciência Sim Não
- 7.1.7. Dor no corpo Sim Não
- 7.1.8. Dor nas articulações Sim Não
- 7.1.9. Febre Sim Não
- 7.1.10. Dor de garganta Sim Não
- 7.1.11. Diarreia Sim Não

-
- 7.2.1. Febre Sim Não
- 7.2.2. Calafrios Sim Não
- 7.2.3. Sudorese Sim Não
- 7.2.4. Mal-estar Sim Não
- 7.2.5. Tosse Sim Não
- 7.2.6. Dor de cabeça Sim Não
- 7.2.7. Náuseas Sim Não
- 7.2.8. Vômitos Sim Não

-
- 7.3.1. Dor torácica que irradia para as costas e alivia ao sentar para a frente Sim Não
- 7.3.2. Tosse seca Sim Não
- 7.3.3. Febre Sim Não
- 7.3.4. Fadiga Sim Não
- 7.3.5. Ansiedade Sim Não
- 7.3.6. Dirigiu-se ao médico? Sim Não
- 7.3.7. Recebeu tratamento? Sim Não
- 7.3.8. Se sim, qual o motivo?
-
-

8. Sentiu na semana anterior ao AVC algum/alguns dos seguintes sintomas?

- 8.1. Cefaleia Sim Não
- 8.2. Convulsões Sim Não
- 8.3. Febre alta Sim Não
- 8.4. Sonolência Sim Não
- 8.5. Náuseas Sim Não
- 8.6. Vômitos Sim Não

8.7. Dirigiu-se ao médico? Sim Não

8.8. Recebeu tratamento? Sim Não

8.9. Se sim, qual o motivo?

OUTROS: _____

Obrigada pela colaboração!