

Neste formulário encontrará perguntas sobre a sua vida e a sua saúde. Sabemos que estas perguntas podem ser pessoais, mas são importantes para podermos cuidar de si. Fazemos estas perguntas a todos os nossos pacientes. Tal como o resto da sua consulta, também esta informação será mantida em sigilo, exceto se tivermos de dizer a alguém que está a pensar magoar-se ou magoar outra pessoa ou se alguém o(a) estiver a magoar a si. Pode saltar algumas destas perguntas ou mesmo todas. Se tiver perguntas que queira fazer ao seu profissional de saúde, faça-as no início da consulta.

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

**1. Tem algum prestador de cuidados primários?**  Sim  Não Se respondeu sim, quem é? \_\_\_\_\_

**2. Está empregado(a)? (assinale todas as opções aplicáveis)**

- Sim, a tempo inteiro  Sim, a tempo parcial  Sim, com contrato  Sim, trabalho sazonal  Sou estudante  
 Não, devido a incapacidade ou doença  Não, porque tenho de cuidar de criança ou idoso  Não, por dificuldade de transporte  Não, porque é difícil encontrar trabalho  Não, por outra razão

**Se está empregado(a)**, no trabalho está exposto(a) a químicos, materiais ou condições que tem receio que possam pôr em causa a sua saúde (quer esteja grávida, quer não)?

- Sim  Não

**3. Qual é o seu nível de escolaridade mais elevado?**

- Não fiz a escola secundária  Parte da escola secundária  Escola secundária/curso EFA  Alguns estudos universitários  
 Curso profissional  Bacharelato  Mestrado  Doutoramento

**4. Tem facilidade em compreender informações escritas sobre assuntos de saúde?**

- Nenhuma  Pouca  Alguma  Bastante  Muita

**5. Tem facilidade em compreender quando falam consigo sobre a sua saúde?**

- Nenhuma  Pouca  Alguma  Bastante  Muita

**6. Tem facilidade em preencher formulários médicos sem ajuda?**

- Nenhuma  Pouca  Alguma  Bastante  Muita

**7. Usa algum destes produtos? (assinale todas as opções aplicáveis)**

- Cigarros  Cigarros eletrónicos  Tabaco sem fumo  Shisha  Charutos  Não, nenhum destes produtos

**Se respondeu sim:**

Que idade tinha quando começou a usar este(s) produto(s)? \_\_\_\_\_

Que quantidade usa por dia? \_\_\_\_\_ Charutos/ Cigarros \_\_\_\_\_ Maços \_\_\_\_\_ Cartuchos \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

Alguma vez tentou deixar de usar?  Sim  Não

Gostava de tentar deixar de usar?  Sim  Não

**8. Com que frequência bebe álcool?**

- Nunca       Menos de uma vez por mês       Uma vez por mês       Uma vez por semana       Diariamente

**9. Com que frequência bebe quatro ou mais bebidas alcoólicas numa mesma ocasião?**

- Nunca       Menos de uma vez por mês       Uma vez por mês       Uma vez por semana       Diariamente

**10. Quantas bebidas alcoólicas toma num dia normal, quando bebe?**

- 0 a 2       3 a 4       5 a 6       7 a 9       mais de 10

**11. Alguma vez fez tratamento para problemas de alcoolismo?**

- Sim, agora       Sim, no passado       Não, nunca

**12. Está atualmente em recuperação de uso de álcool ou substâncias?**

- Sim       Não

**13. No último ano, usou alguma droga recreativa ou usou receitas médicas para fins não médicos (incluindo marijuana)?**

- Sim       Não

*Nas duas últimas semanas, com que frequência se sentiu como a seguir descrito?*

**14. Com pouco interesse ou prazer em fazer coisas**

- Nunca       Vários dias       Mais de metade dos dias       Quase todos os dias

**15. Desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança**

- Nunca       Vários dias       Mais de metade dos dias       Quase todos os dias

**16. Nos próximos dois meses, tem receio de poder não ter habitação estável?**

- Sim       Não

**17. Pense no sítio onde vive. Tem problemas com alguma das situações seguintes? (assinale todas as opções aplicáveis)**

- Infestação de insetos       Aquecimento inadequado       Pintura ou canos com chumbo       Bolor  
 Forno ou fogão avariado       Detetores de fumo inexistentes ou avariados       Entradas de água       Nenhuma das opções anteriores

**18. No último ano, alguma vez se preocupou que pudesse faltar a comida antes de ter dinheiro para comprar mais?**

- Sim       Não

*No último ano, alguém*

**19. o(a) humilhou ou abusou de si emocionalmente?**

- Sim       Não

**20. o(a) atemorizou?**

- Sim       Não

**21. lhe deu pontapés, bateu, esbofeteou ou magoou fisicamente de alguma outra forma?**

- Sim       Não

**22. o(a) violou ou forçou a ter qualquer tipo de atividade sexual que não quisesse?**

- Sim       Não

**23. lhe disse para não usar métodos contraceptivos (como a pílula, injeção, anel vaginal, etc.), lhe tirou o seu método contraceptivo ou o(a) impediu de ir à clínica buscar o seu método contraceptivo?**

- Sim       Não

**24. o(a) obrigou a ter relações sexuais sem preservativo, quando você queria ter usado (por exemplo, retirou o preservativo durante a relação ou danificou o preservativo de propósito)?**

- Sim       Não

**25. o(a) obrigou a usar um contraceptivo quando você não queria usar nada ou não queria usar aquele método específico?**

- Sim       Não