

FertiQol International

Questionário sobre Fertilidade e Qualidade de Vida (2008)

Para cada pergunta, assinale o quadrado para a resposta que melhor reflete a maneira como você pensa e se sente. Relacione suas respostas aos seus pensamentos e sentimentos atuais. Algumas perguntas podem se relacionar à sua vida particular, mas elas são necessárias para medir corretamente todos os aspectos da sua vida.

Somente responda aos itens marcados com um asterisco (*) se você tem uma(um) companheira(o).

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
A	Como você avalia a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
B	Você está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Totalmente	Bastante	Moderadamente	Não muito	De jeito nenhum
P1	A sua atenção e concentração estão prejudicadas por causa de pensamentos sobre a fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2	Você acha que não pode seguir com outros planos e objetivos de vida por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3	Você se sente esgotado(a) ou cansado(a) por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Você se sente capaz de lidar com seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)
P5	Você está satisfeito(a) com o apoio que recebe de amigos com relação aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P6	Você está satisfeito(a) com o seu relacionamento sexual apesar dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Sempre	Com muita frequência	Com frequência	Raramente	Nunca
P7	Seus problemas de fertilidade causam-lhe sentimentos de inveja e ressentimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8	Você sente luto e/ou sentimentos de perda por não poder ter um filho (ou mais filhos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P9	Você oscila entre a esperança e a desesperança devido aos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10	Você está isolado(a) socialmente devido aos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P11	Você e sua(seu) companheira(o) são amorosos um com o outro apesar dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P12	Seus problemas de fertilidade interferem no seu trabalho ou obrigações diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13	Você se sente desconfortável em situações sociais como férias e comemorações devido aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P14	Você sente que a sua família entende o que você está passando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Bastante	Muito	Moderadamente	Um pouco	De jeito nenhum
*P15	Seus problemas de fertilidade fortaleceram seu compromisso com sua(seu) companheira(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P16	Você se sente triste e deprimido(a) devido aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17	Seus problemas de fertilidade fazem com que você se sinta inferior a pessoas que têm filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P18	Você sente cansaço devido aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P19	Os problemas de fertilidade tiveram um impacto negativo no seu relacionamento com sua(seu) companheira(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P20	Você acha difícil conversar com sua(seu) companheira(o) sobre seus sentimentos relacionados à infertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Bastante	Muito	Moderadamente	Um pouco	De jeito nenhum
*P21	Você está satisfeito(a) com o seu relacionamento apesar dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P22	Você sente pressão social para ter (ou ter mais) filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P23	Seus problemas de fertilidade deixam você com raiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P24	Você sente dor e desconforto físico por causa dos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQol International

Módulo de Tratamento Opcional

Você já começou o tratamento para a fertilidade (isso inclui consultas ou intervenções médicas)? Caso Sim, responda às seguintes perguntas. Para cada pergunta, assinale o quadrado para a resposta que mais refletir a maneira como você pensa e se sente. Relacione suas respostas aos seus pensamentos e sentimentos atuais. Algumas perguntas podem se relacionar à sua vida particular, mas elas são necessárias para medir corretamente todos os aspectos da sua vida.

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Sempre	Com muita frequência	Com frequência	Raramente	Nunca
T1	O tratamento para a fertilidade afeta negativamente o seu humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Você dispõe dos serviços médicos de fertilidade que gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Bastante	Muito	Moderadamente	Um pouco	De jeito nenhum
T3	Até que ponto é complicado lidar com os procedimentos e/ou a administração de medicamento para o(s) seu(s) tratamento(s) de infertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Você se sente incomodado(a) com o efeito do tratamento nas suas atividades do dia-a-dia ou no seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Você sente que a equipe de fertilidade entende o que você está passando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Você se sente incomodado(a) com os efeitos colaterais físicos dos medicamentos e tratamento que recebeu para a infertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito insatisfeito	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
T7	Você está satisfeito(a) com a qualidade de serviços disponíveis para tratar de suas necessidades emocionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Como você avalia a cirurgia e/ou o(s) tratamento(s) que você recebeu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Como você avalia a qualidade de informações que você recebeu sobre o medicamento, a cirurgia e/ou o tratamento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Você está satisfeito(a) com suas interações com a equipe médica de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>