

# FertiQoL International

## Questionário sobre Fertilidade e Qualidade de Vida (2008)

Para cada pergunta, assinale por favor (com um ✓) a resposta que melhor reflecte a forma como pensa e se sente. Responda com base no que pensa e no que sente actualmente.

Algumas perguntas podem dizer respeito à sua vida privada, mas são necessárias para avaliar adequadamente todos os aspectos da sua vida.

**Preencha por favor os itens assinalados com um asterisco (\*) apenas se tiver um(a) companheiro(a).**

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
A	Como avaliaria 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 mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisf. nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
B	Está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale com um visto (✓) a resposta que melhor define o que pensa e sente actualmente		Completamente	Muito	Mais ou menos	Pouco	Nada
Q1	A sua atenção e concentração são prejudicadas por pensamentos de infertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Acha que não consegue avançar com outros objectivos e planos de vida por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Sente-se esgotado(a) ou exausto(a) por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Sente que é capaz de lidar com os 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 mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisf. nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
Q5	Está satisfeito(a) com o apoio que recebe de amigos relativamente aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Está satisfeito(a) com a sua vida sexual, apesar de ter 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 mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
Q7	Os seus problemas de fertilidade dão origem a sentimentos de ciúme e rancor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Costuma ter sentimentos de angústia e/ou de perda por não conseguir ter um filho (ou mais filhos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Sente que oscila entre a esperança e o desespero por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Encontra-se socialmente isolado(a) por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	É afectuoso(a) com o(a) seu(sua) companheiro(a) e ele(ela) consigo apesar dos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Os seus problemas de fertilidade interferem com o seu trabalho ou as suas obrigações do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Sente-se desconfortável ao participar em situações sociais, tais como férias e festas, por causa dos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Sente que a sua família consegue compreender aquilo por que está a passar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muitíssimo	Muito	Mais ou menos	Pouco	Nada
*Q15	O facto de ter problemas de fertilidade fortaleceu a sua dedicação ao seu companheiro(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Sente-se triste e deprimido(a) em relação aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Os seus problemas de fertilidade tornam-no inferior às pessoas com filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Sente-se fatigado(a) devido a problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Os problemas de fertilidade tiveram um impacto negativo na sua relação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Sente dificuldade em falar com o(a) seu(sua) companheiro(a) sobre o que sente relativamente à infertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Está satisfeito(a) com a sua relação, apesar de ter problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Sente pressão social para ter (ou ter mais) filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Os seus problemas de fertilidade deixam-no irritado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	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 Opcional sobre o Tratamento

Iniciou algum tratamento de fertilidade (incluindo qualquer consulta ou intervenção médicas)? Se sim, responda por favor às seguintes perguntas. Para cada pergunta, assinale (com um ✓) a resposta que melhor reflecte a forma como pensa e se sente. Responda com base no que pensa e sente actualmente. Algumas perguntas podem dizer respeito à sua vida privada, mas são necessárias para avaliar adequadamente todos os aspectos da sua vida

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
T1	O tratamento de infertilidade afecta negativamente o seu humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Dispõe dos serviços médicos de fertilidade que deseja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muitíssimo	Muito	Bastante	Um pouco	Nada
T3	Até que ponto é complicado lidar com os procedimentos e/ou administração de medicação 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	O efeito do tratamento incomoda-o(a) nas suas actividades do dia-a-dia ou de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Sente que o pessoal dos serviços de fertilidade compreende aquilo porque está a passar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Os efeitos secundários físicos da medicação e do tratamento para a infertilidade incomodam-no(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
T7	Está satisfeito(a) com a qualidade dos serviços disponíveis para a abordagem das suas necessidades emocionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Como avaliaria a cirurgia e/ou o(s) tratamento(s) médico(s) a que foi submetido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Como avaliaria a qualidade da informação que recebeu sobre a medicação, a cirurgia e/ou o tratamento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Está satisfeito(a) com as suas relações com o pessoal médico dos serviços de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>