

ThySRQ

Este questionário interroga acerca de sintomas que podem estar associados com a tiróide hipoativa (isto é, preguiçosa, lentificada,...). Poderá ter experimentado alguns destes sintomas nas últimas semanas.

Para cada questão, encontrará duas partes:

Para a parte (a) coloque um "X" no quadrado para indicar se teve o sintoma nas últimas semanas, **independentemente da causa**;

Para a parte (b) coloque um "X" no quadrado para indicar o quanto o sintoma o(a) incomodou. **APENAS** responda à parte (b) se respondeu "sim" à parte (a).

| | |
|--------------|--|
| 1 (a) | Sentiu-se cansado(a) nas últimas semanas? Não <input type="checkbox"/> Se <i>não</i> , vá para o próximo sintoma Sim <input type="checkbox"/> Se <i>sim</i> , complete (b) |
| (b) | Se sim , quanto é que isto o(a) incomodou? <input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito |

| | |
|--------------|--|
| 2 (a) | Ganhou peso nas últimas semanas? Não <input type="checkbox"/> Se <i>não</i> , vá para o próximo sintoma Sim <input checked="" type="checkbox"/> Se <i>sim</i> , complete (b) |
| (b) | Se sim , quanto é que isto o(a) incomodou? <input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito |

| | |
|--------------|---|
| 3 (a) | Sentiu-se com mais frio do que as outras pessoas nas últimas semanas? Não <input type="checkbox"/> Se <i>não</i> , vá para o próximo sintoma Sim <input type="checkbox"/> Se <i>sim</i> , complete (b) |
| (b) | Se sim , quanto é que isto o(a) incomodou? <input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito |

This copy is for information only - for use, please contact Professor Bradley

| | |
|---------------------|---|
| <p>4 (a)</p> | <p>Sentiu-se obstipado(a) nas últimas semanas?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Se <i>não</i>, vá para o próximo sintoma</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Se <i>sim</i>, complete (b)</p> |
| <p>(b)</p> | <p>Se sim, quanto é que isto o(a) incomodou?</p> <p><input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito</p> |

| | |
|---------------------|---|
| <p>5 (a)</p> | <p>Teve problemas com o cabelo nas últimas semanas (p.ex, queda de cabelo, enfraquecimento)?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Se <i>não</i>, vá para o próximo sintoma</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Se <i>sim</i>, complete (b)</p> |
| <p>(b)</p> | <p>Se sim, quanto é que isto o(a) incomodou?</p> <p><input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito</p> |

For information only