

1. Quantos comprimidos de medicamento opioide receitado para dor você tomou nos últimos 30 dias?

0 1 a 2 3 a 4 5 a 10 11 a 15 16 a 30 30 ou mais

2. Responda a cada item assinalando um campo por linha

Nos últimos 7 dias...

	Não tive dor	Leve	Moderada	Aguda	Muito Aguda
Quão intensa foi a dor em seu pior episódio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Quão intensa foi a sua dor, em média?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Qual o seu nível de dor agora?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Em relação à sua cirurgia para hérnia... [PULE ESTA SEÇÃO CASO VOCÊ NÃO TENHA FEITO SUA CIRURGIA PARA HÉRNIA AINDA]

Você sente que sua hérnia voltou?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você sente ou vê uma protuberância?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você tem dor física ou sintomas no local?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você fez outras cirurgias desde a sua cirurgia para hérnia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<p>Se Sim, razão para a cirurgia abdominal:</p> <input type="checkbox"/> Hérnia <input type="checkbox"/> Outras razões

Discordo Totalmente
Discordo Parcialmente
Discordo Um Pouco
Concordo Um Pouco
Concordo Parcialmente
Concordo Totalmente

4. Para as seguintes afirmações, circule o número que mais se aplica à sua situação.

1. Minha parede abdominal tem um grande impacto na minha saúde	1	2	3	4	5	6
2. Minha parede abdominal me causa dor física	1	2	3	4	5	6
3. Minha parede abdominal interfere na realização de atividades extenuantes, p. ex., levantar peso	1	2	3	4	5	6
4. Minha parede abdominal interfere na realização de atividades moderadas, p. ex., jogar boliche, me curvar	1	2	3	4	5	6
5. Minha parede abdominal interfere para andar e subir escadas	1	2	3	4	5	6
6. Minha parede abdominal interfere para me vestir, tomar banho e cozinhar	1	2	3	4	5	6
7. Minha parede abdominal interfere com minhas atividades sexuais	1	2	3	4	5	6
8. Frequentemente não saio de casa por conta da minha parede abdominal	1	2	3	4	5	6
9. Sou menos produtivo(a) em casa por conta de minha parede abdominal	1	2	3	4	5	6
10. Sou menos produtivo(a) no trabalho por conta de minha parede abdominal	1	2	3	4	5	6
11. Minha parede abdominal afeta como eu me sinto todos os dias	1	2	3	4	5	6
12. Frequentemente me sinto triste por conta da minha parede abdominal	1	2	3	4	5	6

5. Escala de Arrependimento da Decisão

Pense sobre a decisão que tomou referente à cirurgia abdominal após conversar com seu profissional de saúde. Mostre como você se sente sobre as afirmações abaixo assinalando um número de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente).

1. Foi a decisão correta	1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Não Concordo Nem Discordo	4 Discordo	5 Discordo Totalmente
2. Me arrependo da decisão escolhida	1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Não Concordo Nem Discordo	4 Discordo	5 Discordo Totalmente
3. Tomaria a mesma decisão caso tivesse que escolher novamente	1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Não Concordo Nem Discordo	4 Discordo	5 Discordo Totalmente
4. A escolha me causou muitos danos	1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Não Concordo Nem Discordo	4 Discordo	5 Discordo Totalmente
5. A decisão foi inteligente	1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Não Concordo Nem Discordo	4 Discordo	5 Discordo Totalmente

Escala de Arrependimento de Decisão © AM O'Connor 1996

6. Resposta a todas as 9 perguntas abaixo nos 3 campos principais:

- a. **Dor**
- b. **Restrição de atividades por conta de dor ou desconforto**
- c. **Desconforto estético**

Assinale um número correspondente ao seu estado atual.

Respectivamente, assinale 0 (sem dor, sem restrição, e esteticamente aprazível) para as melhores condições e um 10 para o pior estado (pior dor, completamente restringido e esteticamente feio). Caso você não realize uma dessas atividades, assinale o X na última coluna.

1. Dor na região da hérnia													
	0 = sem dor						10 = pior dor possível						
Dor em repouso (deitado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Dor durante atividades (caminhar, andar de bicicleta, esportes)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Dor sentida na última semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2. Restrições de atividades por conta de dor ou desconforto na região da hérnia													
	0 = nenhuma restrição						10 = completamente restrito						
Restrição de atividades diárias (atividades domésticas)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	x	
Restrição fora de casa (caminhar, andar de bicicleta, dirigir)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	x	
Restrição em esportes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	x	
Restrição em trabalho intenso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	x	
X = Se você não realiza esta atividade													
3. Desconforto estético													
	0 = muito bonito						10 = muito feio						
Formato do seu abdômen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Região da hérnia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Utilizado com a permissão do Registro Europeu de Hérnias da Parede Abdominal (EuraHS)