

**Formulário de Avaliação do estado final do paciente para o estudo
RESCUEicp
(para pacientes com mais de 16 anos de idade)**

Nome do paciente:

Número do estudo/centro:

Data em que o formulário foi preenchido:

Parte 1. Escala de Resultados de Glasgow (estendida)

Para cada questão por favor seleccione a opção que melhor descreve a sua resposta, marcando o respectivo quadrado.

Quem está a preencher o formulário? (por favor seleccione uma opção):

Paciente apenas

Familiar/amigo/assistente médico apenas

Paciente + familiar/amigo/assistente médico

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

1. A pessoa que sofreu o traumatismo craniano é capaz de obedecer a ordens simples, ou de dizer algumas palavras?

Sim Não

INDEPENDÊNCIA EM CASA

2a. É necessária assistência diária em casa para algumas actividades do dia a dia?

Sim Não

(para a resposta ser 'Não' o paciente deverá ser capaz de tomar conta de si próprio em casa por 24 horas se necessário, mas não é preciso que de facto tome conta dele próprio. Independência inclui a capacidade de planear e desempenhar as seguintes actividades: lavar-se, vestir roupas lavadas, preparar comida para si próprio, e resolver pequenas crises domésticas. O paciente deve ser capaz de desenvolver todas estas actividades sem ser necessário incentivá-lo ou lembrá-lo, e deve ser capaz de ficar sozinho em casa durante a noite.)

2b. É necessária ajuda frequentemente ou que esteja alguém em casa na maior parte do tempo?

Sim Não

(para a resposta ser 'Não' o paciente deverá ser capaz de tomar conta de si próprio em casa até 8 horas durante o dia se necessário, mas não é preciso que de facto tome conta de si próprio.)

2c. A assistência em casa era necessária antes do traumatismo craniano?

Sim Não

INDEPENDÊNCIA FORA DE CASA

3a. É capaz de fazer compras sem ajuda?

Sim Não

(inclui ser capaz de planear o que comprar, tomar conta do dinheiro e comportar-se de forma apropriada em público. Não é preciso que faça compras regularmente, mas tem que ser capaz de o fazer.)

3b. Era capaz de ir às compras sem ajuda antes do traumatismo?

Sim Não

4a. É capaz de se deslocar localmente sem ajuda?

Sim Não

(o paciente pode guiar ou usar transportes públicos para se deslocar. A capacidade de apanhar um táxi é suficiente, desde que o paciente seja capaz de telefonar a pedir o táxi e dar instruções ao motorista.)

4b. Era capaz de se deslocar sem assistência antes do traumatismo?

Sim Não

NO EMPREGO

5a. É capaz de trabalhar da mesma forma que antes do traumatismo?

Sim Não

(se o paciente trabalhava antes do traumatismo, as suas capacidades para trabalhar devem estar exactamente ao mesmo nível que anteriormente. Se o paciente estava à procura de emprego antes do traumatismo, a lesão incorrida não deverá ter afectado a sua capacidade para obter emprego ao nível para que é elegível. Se o paciente era estudante antes do traumatismo, a sua capacidade para estudar não deverá ter sido afectada de forma adversa.)

5b. Quão limitado está o paciente?

a) b)

a) capacidade de trabalho reduzida

b) capaz de trabalhar em ambiente abrigado ou em trabalho não competitivo, ou presentemente incapaz de trabalhar

5c. Estava a trabalhar ou a procurar emprego antes do acidente (responda 'Sim') ou nenhuma das duas opções (responda 'Não'). ?

Sim Não

ACTIVIDADES SOCIAIS E DE LAZER

6a. É capaz de participar regularmente em actividades sociais e de lazer fora de casa?

Sim Não

(não é necessário que tenha retomado todas as actividades anteriores, mas não deverá haver nenhum impedimento físico ou psicológico para que não o possa fazer. Se parou a maioria das actividades por falta de interesse ou motivação, a resposta também deverá ser 'Não'.)

6b. Qual é a dimensão das restrições em actividades sociais e de lazer?

a) b) c)

a) Participa um pouco menos: pelo menos metade das vezes me que participava anteriormente.

b) Participa muito menos: menos de metade das vezes.

c) Incapaz de participar: raramente ou nunca participa.

6c. Costumava participar regularmente em actividades sociais e de lazer fora de casa antes do traumatismo?

Sim Não

FAMÍLIA E AMIGOS

7a. Têm surgido problemas psicológicos que resultem em permanentes distúrbios familiares ou nas amizades?

(mudanças de personalidade típicas do período pós-traumático: temperamento instável, irritabilidade, ansiedade, insensibilidade relativamente a outros, mudanças de humor, depressão e comportamento irracional ou infantil.)

Sim Não

7b. Qual a frequência dos distúrbios?

a) b) c)

a) ocasional – menos de uma vez por semana

b) frequente – uma vez por semana ou mais, mas tolerável

c) constante – diariamente e insuportável

7c. Havia algum problema com família ou amigos antes do traumatismo?

Sim Não

(se já existiam alguns problemas antes do traumatismo mas estes se tornaram claramente piores depois da lesão, por favor responda 'Não'.)

EPILEPSIA

7d. Tem tido ataques de epilepsia desde o traumatismo?

Sim Não

7e. Foi-lhe dito que se encontra em risco de desenvolver epilepsia?

Sim Não

RETORNO À VIDA NORMAL

8a. Existem outros problemas relacionados com o traumatismo que afectem a sua vida no dia a dia?

(outros problemas típicos após traumatismo: dores de cabeça, cansaço, sensibilidade ao ruído ou à luz, lentidão, falhas de memória e problemas de concentração.)

Sim Não

8b. Estes problemas estavam presentes antes da cirurgia?

(se existiam problemas antes do traumatismo, mas estes se tornaram claramente piores depois do traumatismo, por favor responda 'Não'.)

Sim Não

Qual é o factor mais importante que afecta o seu estado actual?

Os efeitos do traumatismo craniano?

A

Os efeitos de uma doença ou lesão noutra parte do corpo?

B

Uma mistura de ambos?

C

Agora por favor complete a segunda parte do questionário.

Parte 2.

Inquérito de saúde SF36™

Este inquérito pede a sua opinião relativamente à sua saúde. Esta informação irá ajudar a manter um registo de como se sente e quão bem é capaz de desempenhar as suas actividades usuais.

Para cada uma das questões seguintes, por favor seleccione a opção que melhor descreve a sua resposta. Se não tem a certeza de como responder a uma questão, por favor dê a resposta que mais se aproxima.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente

 1

Muito boa

 2

Boa

 3

Razoável

 4

Má

 5

2. Comparando com há um ano atrás, como classifica a sua saúde agora?

Muito
melhor do
que há um
ano

 1

Um pouco
melhor do
que há um
ano

 2

Aproximadamente
igual a há um ano

 3

Um pouco
pior do
que há um
ano

 4

Muito pior
do que há
um ano

 5

3. As questões seguintes referem-se às actividades que desenvolveria durante um dia típico. A sua saúde no presente limita essas actividades? E se sim, quanto?

	Muito melhor do que há um ano	Um pouco melhor do que há um ano	Um pouco melhor do que há um ano
	▼	▼	▼
a. <u>Actividades vigorosas</u> , tais como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos cansativos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. <u>Actividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, manusear um aspirador, jogar bowling ou golf.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Levantar e carregar compras.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Subir <u>vários</u> lances de escadas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Subir <u>um</u> lance de escadas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Dobrar-se, ajoelhar-se ou parar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Andar <u>mais do que uma milha (1.6 km)</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Andar <u>várias centenas de metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Andar <u>uma centena de metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Lavar-se ou vestir-se.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Nas últimas 4 semanas, por quanto tempo teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outras actividades diárias, em consequência do seu estado de saúde física?

	Sempre	Durante a maior parte do tempo	Durante algum tempo	Durante pouco tempo	Nunca
a. Reduzir a <u>quantidade de tempo</u> que passa no trabalho ou em outras actividades.....	▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2	▼ <input type="checkbox"/> 3	▼ <input type="checkbox"/> 4	▼ <input type="checkbox"/> 5
b. <u>Fazer menos</u> do que o que desejará.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Sentir-se limitado no <u>tipo</u> de trabalho ou outras actividades...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Teve dificuldade em desempenhar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Nas últimas 4 semanas, por quanto tempo teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outras actividades diárias, em consequência de problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sempre	Durante a maior parte do tempo	Durante algum tempo	Durante pouco tempo	Nunca
a. Reduzir a <u>quantidade de tempo</u> que passa no trabalho ou em outras actividades.....	▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2	▼ <input type="checkbox"/> 3	▼ <input type="checkbox"/> 4	▼ <input type="checkbox"/> 5
b. <u>Fazer menos</u> do que o que desejará.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Desempenhar o seu trabalho com menos cuidado do que o habitual.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Nas últimas 4 semanas, de que forma é que os problemas relacionados com a sua saúde física ou emocional interferiram com as suas actividades sociais normais com a família, amigos, vizinhos ou grupos?

Nada	Um pouco	De forma moderada	Um grande bocado	Muitíssimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor física tem tido nas últimas 4 semanas?

Nada	Um pouco	De forma moderada	Um grande bocado	Muitíssimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. Nas últimas 4 semanas, quanto é que a dor interferiu com com o seu trabalho normal (incluindo trabalho fora de casa e trabalho na lida da casa)?

Nada	Um pouco	De forma moderada	Um grande bocado	Muitíssimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas questões são sobre como se sente e como é que tem passado nas últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido. Nas últimas 4 semanas, por quanto tempo...

	Sempre	Durante a maior parte do tempo	Durante algum tempo	Durante pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Se sentiu cheio de vida?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Tem estado muito nervoso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Se sentiu tão em baixo que nada consegui anima-lo?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Se sentiu calmo e em paz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Teve muita energia?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Se sentiu triste e deprimido?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Se sentiu desgastado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Esteve feliz?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Se sentiu cansado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Nas últimas 4 semanas, por quanto tempo é que os seus problemas de saúde física ou emocional interferiram com as suas actividades sociais (tais como visitar amigos, parentes, etc.)?

Sempre	Durante a maior parte do tempo	Durante algum tempo	Durante pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das seguintes afirmações para si?

	Completamente verdade	Maioritariamente verdade	Não sabe	Maioritariamente falsa	Completamente falsa
a. Eu pareço ficar doente mais facilmente do que as outras pessoas.....	▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2	▼ <input type="checkbox"/> 3	▼ <input type="checkbox"/> 4	▼ <input type="checkbox"/> 5
b. Eu sou tão saudável como qualquer pessoal que eu conheça.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Eu prevejo que a minha saúde vá piorar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. A minha saúde é excelente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Linha temporal

Por favor dê detalhes do seu tratamento e reabilitação. Se não se conseguir lembrar da data exacta, o mês e o ano são suficientes.

Data em que foi transferido para a enfermaria neuro-cirúrgica:

Data em que foi transferido para o Hospital local:

Data em que foi transferido para instalações de reabilitação intensiva:

Data em que foi transferido para instalações de reabilitação a longo prazo:

Data em que teve alta para ir para casa com um assistente médico:

Data em que teve alta para ir para casa:

Data em que voltou ao trabalho:

Situação actual (local onde se encontra e nível de assistência):

Futuras operações:

Necessária operação para colocar shunt: Não Sim
Se sim, data:

Placa ou osso inserido na caixa craniana (cranioplastia): Não Sim
Se sim, data:

Placa ou osso removido devido a infecção: Não Sim
Se sim, data:

Outros comentários:

Obrigado por completar o questionário!