**SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX – VERSÃO PORTUGUESA**

*Todas as respostas são confidenciais*

Pense como é que se tem sentido no último mês enquanto preenche este questionário.

**SECÇÃO A:**

De seguida são listados vários comportamentos que pessoas com insuficiência cardíaca utilizam para se ajudarem a si próprias.

Com que frequência ou de forma rotineira faz o seguinte?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca |  | Às vezes |  | Sempre |
| 1-Evita ficar doente (por exemplo, lavar as mãos)? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2 -Pratica alguma atividade física, algum exercício (Por exemplo, fazer uma caminhada rápida, usar as escadas)? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3- Tenta manter uma dieta com pouco sal? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 4- Consulta o médico de família regularmente. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 5- Toma os medicamentos prescritos sem falhar a dosagem recomendada? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 6- Opta por alimentos poucos salgados quando faz refeições fora de casa? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 7 - Tem o cuidado de tomar, anualmente, a vacina da gripe? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 8- Pede comida pouco salgada quando visita família e amigos? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 9- Utiliza um sistema ou método para o ajudar a tomar os teus medicamentos? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 10- Pergunta ao seu médico de família acerca dos seus medicamentos? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**SECÇÃO B:**

De seguida são listadas alterações que pessoas com insuficiência cardíaca monitorizam com frequência.

Com que frequência faz o seguinte:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** |  | **Às vezes** |  | **Sempre** |
| 11- Monitoriza o teu peso diariamente? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 12 - Toma atenção às alterações de como se sente? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 13- Está atento aos efeitos secundários dos medicamentos? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 14- Apercebe-se quando está mais cansado do que o habitual, sem alterações significativas nas suas atividades diárias? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 15 - Questiona o seu médico como é que está a decorrer a evolução do teu estado de saúde? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 16 - Observa atentamente sintomas? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 17 - Verifica se seus tornozelos estão inchados? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 18- Acontece estar com falta de ar em atividades tais como: tomar banho e vestir? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 19 – Mantém um registo dos teus sintomas? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**A última vez que teve sintomas…**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Não Teve sintomas | Não reconheci os sintomas | Não muito rápido |  | Com alguma rapidez |  | Muito rápido |
| 20- Com que rapidez reconheceu que tinhasintomas? | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 21- Com que rapidezsoube que os sintomas eram devidos a insuficiência cardíaca. | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**SECÇÃO C:**

De seguida são listados comportamentos que pessoas com insuficiência cardíaca utilizam para controlar os seus sintomas:

**Quando tem estes sintomas, quando é que utiliza uma das seguintes situações:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Pouco provável** |  | **Provável** |  | **Muito provável** |
| 22- Reduz o sal que ingeres nesse dia? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 23 – Reduz a ingestão de líquidos? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 24- Toma um medicamento? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 25- Chama o seu médico de família para aconselhamento? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 26- Solicita a um familiar ou amigo conselhos? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 27 - Tenta descobrir por que razão teve estes sintomas? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 28 - Reduz a sua atividade enquanto não se sente melhor? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**Pense num tratamento que utilizou a última vez que teve sintomas… (Circule um número)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Não fiz nada** | **Não Tenho a certeza** |  | **Com certeza** |  | **Com toda a certeza** |
| 29 - O tratamento que utilizou fê-lo sentir-se melhor? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**Secção D**

**Em geral, quão confiante está que pode:**

(Faça um círculo à volta de um número para cada afirmação)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pouco confiante** |  | **Confiante** |  | **Extremamente confiante** |
| **30 -** Manter-se estável e livre de sintomas? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **31 -** Segue o plano de tratamento que lhe foi prescrito? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **32 -** Persiste em prosseguir o plano de tratamento mesmo quando é difícil? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **33 -** Monitoriza a sua situação regularmente? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **34 -** Persiste em monitorizar a sua situação de modo a regular mesmo quando é difícil? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **35-** Reconhece as mudanças na sua saúde? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **36 -** Avalia a importância dos seus sintomas? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **37 -** Faz algo para aliviar os seus sintomas? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **38 -** Persiste em encontrar um medicamento para os seus sintomas mesmo que seja difícil? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **39 -** Avalia a eficácia de um medicamento? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |