

NOME/ID:

DATA:

Peso atual: _____ kg lbs Data de verificação: _____ n/a

Altura: _____ feet/inches cm

*Índice de Massa Corporal (IMC): _____ *a ser calculado pelo clínico

Pressão Arterial: _____/_____ mmHg Data de verificação: _____ n/a

Glicose em jejum: _____ mmol/L mg/dl Data de verificação: _____ n/a

HbA1c: _____ % Data de verificação: _____ n/a

Estamos interessados nas suas próprias crenças sobre a sua saúde. NÃO estamos interessados no que os outros acreditam ou podem desejar que você acredite.

Indique se teve alguma das seguintes experiências relacionadas com a saúde, lendo as perguntas e marcando

Sim ou Não.

	Sim	Não
A) Tem sede regularmente? Bebe quantidades excessivas de água?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Urina com demasiada frequência? Ou produz quantidades excessivas de urina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Acorda regularmente durante a noite para urinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Tem visão turva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Perdeu muito peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Sente-se regularmente fatigado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Tem dormência, formiguelo, queimadura ou perda de sensação nos pés ou mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Outros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu 'NÃO' a TODAS as perguntas acima, por favor, passe para a próxima página.

Se respondeu 'SIM' a alguma das perguntas acima, indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, com a seguinte afirmação, circulando o número apropriado, tendo em conta as suas experiências relacionadas com a sua saúde.

1) As minhas experiências relacionadas com a saúde devem-se ao facto de ter diabetes.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo
totalmente

Discordo
moderadamente

Discordo
ligeiramente

Não tenho a
certeza

Concordo
ligeiramente

Concordo
moderadamente

Concordo
totalmente

Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda neste momento com cada uma das seguintes afirmações, circulando o número apropriado.

2) Eu tenho diabetes.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente Discordo moderadamente Discordo ligeiramente Não tenho a certeza Concordo ligeiramente Concordo moderadamente Concordo totalmente

3) EU PRECISO de fazer ou manter mudanças saudáveis no estilo de vida para melhorar minha dieta e/ou ajustar a quantidade de exercício que faço.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente Discordo moderadamente Discordo ligeiramente Não tenho a certeza Concordo ligeiramente Concordo moderadamente Concordo totalmente

4) Eu tenho níveis normais de açúcar/glicose no sangue.*

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente Discordo moderadamente Discordo ligeiramente Não tenho a certeza Concordo ligeiramente Concordo moderadamente Concordo totalmente

5) Posso continuar com segurança o meu estilo de vida atual (ou seja, alimentação/bebida e exercício como faço atualmente).*

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente Discordo moderadamente Discordo ligeiramente Não tenho a certeza Concordo ligeiramente Concordo moderadamente Concordo totalmente

6) A minha diabetes já causou ou pode causar consequências negativas para a saúde (por exemplo, doença cardíaca, ataque cardíaco, AVC, quase AVC, doença renal, perda de visão, formigamento/ dormência/ perda de sensação nas mãos e nos pés, etc.).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente Discordo moderadamente Discordo ligeiramente Não tenho a certeza Concordo ligeiramente Concordo moderadamente Concordo totalmente

7) Os meus níveis de açúcar/glicose no sangue estão regularmente na faixa diabética (ou seja, glicemia plasmática em jejum ≥ 126 mg/dl ou $\geq 7,0$ mmol/L ou HbA1c $\geq 6,5\%$).*

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente Discordo moderadamente Discordo ligeiramente Não tenho a certeza Concordo ligeiramente Concordo moderadamente Concordo totalmente

8) Eu preciso de tratamento para baixar o açúcar/glicose no sangue (ou seja, insulina ou medicamentos).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente Discordo moderadamente Discordo ligeiramente Não tenho a certeza Concordo ligeiramente Concordo moderadamente Concordo totalmente

FIM

* Consulte a folha de pontuação para ver a aplicabilidade