

Medida dos resultados relatados pela família (FROM-16) [©] Confidencial

As perguntas seguintes são sobre como a **sua** vida está a ser afetada pelo estado clínico do seu familiar **neste momento**.

Marque uma caixa para cada uma das 16 perguntas.

Responda às seguintes perguntas:

A sua idade: _____

O seu género: Masculino / Feminino

O seu grau de parentesco com o(a) doente: _____

Diagnóstico do(a) doente: _____

Parte 1: Emocional

Devido ao estado clínico do meu familiar...	Nada	Um pouco	Muito
1. Sinto-me preocupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. É difícil encontrar alguém com quem falar sobre os meus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. É difícil cuidar do meu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Vida pessoal e social

Devido ao estado clínico do meu familiar...	Nada	Um pouco	Muito
7. É difícil arranjar tempo para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As minhas viagens diárias são afetadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os meus hábitos alimentares são afetados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As minhas atividades familiares são afetadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho problemas em ir de férias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A minha vida sexual é afetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O meu trabalho ou estudo é afetado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A minha relação com outros membros da família é afetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As minhas despesas familiares aumentaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O meu sono é afetado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifique que respondeu a todas as perguntas. Obrigado.

Apenas para uso interno Pontuação da parte 1 (de 12): ____ Pontuação da parte 2 (de 20): ____ Pontuação total (de 32): ____