**MEDIDA DE DESFECHO REPORTADA PELA FAMÍLIA (FROM-16)**

As seguintes perguntas são sobre como sua vida está sendo afetada pela doença do seu familiar NESTE MOMENTO.

Por favor, marque uma opção para cada uma das 16 questões

**Por favor, responda as seguintes perguntas:**

Sua idade:

Seu gênero: masculino/feminino

Seu parentesco/relação com o paciente:

Diagnóstico do paciente:

**Parte 1. Emocional**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Devido à doença do meu familiar...** | **Nem um pouco** | **Um pouco** | **Muito** |
| 1. Me sinto preocupado (a) |  |  |  |
| 1. Me sinto com raiva |  |  |  |
| 1. Me sinto triste |  |  |  |
| 1. Me sinto frustrado (a) |  |  |  |
| 1. É difícil encontrar alguém para falar sobre os meus pensamentos |  |  |  |
| 1. Cuidar de meu familiar é difícil |  |  |  |

**Parte 2. Vida pessoal e social**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Devido à doença do meu familiar...** | **Nem um pouco** | **Um pouco** | **Muito** |
| 1. É difícil encontrar um tempo para mim mesmo |  |  |  |
| 1. Meu deslocamento diário está afetado |  |  |  |
| 1. Meus hábitos alimentares estão afetados |  |  |  |
| 1. Minhas atividades familiares estão afetadas |  |  |  |
| 1. Eu tenho problemas em sair em férias |  |  |  |
| 1. Mina vida sexual está afetada |  |  |  |
| 1. Meu trabalho ou estudo estão afetados |  |  |  |
| 1. Meu relacionamento com outros membros da familia está afetado |  |  |  |
| 1. As minhas despesas familiares estão aumentadas |  |  |  |
| 1. Meu sono está afetado |  |  |  |

**Por favor, verifique que você tenha respondido todas as questões. Obrigado**

**Para uso exclusivo da equipe médica**

**Escore da parte 1 (de um total de 12)\_\_\_\_ Escore da parte 2 (de um total de 20):\_\_\_ Escore total (de um total de 32):\_\_\_**