

# Medida dos resultados relatados pela família (FROM-16) <sup>©</sup> 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): \_\_\_\_

© M.S. Salek, C.J. Golics, M.K.A. Basra, A.Y. Finlay, May 2012.

FROM-16 - Portugal/Portuguese - Version of 31 July 2024 - ICON.  
ID0517-TR-0247 / FROM-16\_AU1.1\_por-PT\_31JUL2024