**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) |  | ▭  ▭ |  |
|  |  |  | | |  |
|  | **2.** | Sinto-me zangado(a) |  |  |  |
|  |  |  | | |  |
|  | **3.** | Sinto-me triste |  |  |  |
|  |  |  | | |  |
|  | **4.** | Sinto-me frustrado(a) |  |  |  |
|  |  |  | | |  |
|  | **5.** | É difícil encontrar alguém com quem falar sobre os meus pensamentos |  |  |  |
|  |  |  | | |  |
|  | **6.** | É difícil cuidar do meu familiar |  |  |  |

**Parte 2: Vida pessoal e social**

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

**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): \_\_\_\_ |