



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

PCDT: HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA  
CID 10: D 59.5

## ANEXO II: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Paciente: \_\_\_\_\_

## FACIT-F (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<b><u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u></b>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
HI 7	Sinto-me fatigado/a .....	0	1	2	3	4
HI 12	Sinto fraqueza generalizada .....	0	1	2	3	4
An 1	Sinto-me sem forças (sem vontade para nada) .....	0	1	2	3	4
An 2	Sinto-me cansado/a .....	0	1	2	3	4
An 3	Tenho dificuldade em <u>começar</u> as coisas porque estou cansado/a .....	0	1	2	3	4
An 4	Tenho dificuldade em <u>acabar</u> as coisas porque estou cansado/a .....	0	1	2	3	4
An 5	Tenho energia .....	0	1	2	3	4
An 7	Sou capaz de fazer as minhas atividades habituais .....	0	1	2	3	4
An 8	Preciso (de) dormir durante o dia .....	0	1	2	3	4
An 12	Estou cansado/a demais para comer .....	0	1	2	3	4
An 14	Preciso de ajuda para fazer as minhas atividades habituais .....	0	1	2	3	4
An 15	Estou frustrado/a por estar cansado/a demais para fazer as coisas que quero .....	0	1	2	3	4
An 16	Tenho que limitar as minhas atividades sociais por estar cansado/a .....	0	1	2	3	4

TOTAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data