

(Preencher, assinar e devolver)

LUPUS EUROPA

1.00 - DADOS PESSOAIS

01 Idade

02 Sexo

03 Estado civil

Casado/a / Solteiro/a / Divorciado/a / Viúvo/a

04 Número de irmãos

05 Número de irmãs

06 Foi aconselhado a não ter mais filhos

Sim

Não

07 País

2.00 - HISTÓRICO FAMILIAR

01 O seu pai sofre de Lúpus?

Sim

Não

02 A sua mãe sofre de Lúpus?

Sim

Não

03 O seu irmão sofre de Lúpus?

Sim

Não

04 A sua irmã sofre de Lúpus?

Sim

Não

05 Algum parente sofre de Lúpus?

Sim

Não

Se sim, qual o grau de parentesco?

06 Quantos filhos tem?

3.00 - HISTÓRICO MÉDICO

Sofre de

01 Exantema de duração superior a um mês se, ser por exposição solar

Sim

Não

02 Exantema após exposição solar

Sim

Não

03 Erupções cutâneas

Sim

Não

04 Peles sensíveis

Sim

Não

05 Úlceras na boca (com duração superior a 2 semanas)

Sim

Não

06 Perda de cabelo?

Sim

Não

07 Secura persistente ou remelas nos olhos?

Sim

Não

08 Secura persistente da boca?

Sim

Não

09 Dores de cabeça frequentes?

Sim

Não

10 Glândulas linfáticas inchadas ou doridas

Sim

5.00 - EMPREGO

Qual é a sua ocupação?

01 Estudante?

Sim

Não

02 Dona de casa?

Sim

Não

03 Emprego a tempo inteiro?

Sim

Não

04 Emprego a tempo parcial?

Sim

Não

05 Desempregado?

Sim

Não

06 Aposentado?

Sim

Não

Se presentemente trabalhar

07 Qual é a sua ocupação?

08 Qual a sua ocupação quando foi diagnosticado?

09 A sua doença afectou a atitude do seu empregador? Sim

Não

10 Caso já não trabalhe, qual a sua ocupação quando diagnosticado?

6.00 - INFORMAÇÃO SOBRE LÚPUS

01 Ouviu falar da doença antes de ser diagnosticada? Sim

Não

02 Alguma vez viu o Lúpus ser mencionado

Num jornal

Sim

Não

Num livro

Sim

Não

Numa revista

Sim

Não

Na televisão

Sim

Não

Na rádio

Sim

Não

7.00 - DIETA

01 Existem alimentos que afectam a sua doença? Sim

Não

02 Que tipo de dieta acha que a ajuda?

8.00 - DIAGNÓSTICO

01 Quem diagnosticou a sua doença?

Clínico Geral

Reumatologista

Dermatologista

Outro – Indique a especialidade