

Questionário de Avaliação Diagnóstica

Preencha este breve questionário para entender o nível de dependência e se possuímos os cuidados indicados para si ou para o seu familiar.

*Indica uma pergunta obrigatória

1. COMO DESCREVERIA A SUA AUTONOMIA AO UTILIZAR A CASA DE BANHO?*

Marcar apenas uma oval.

- Não consigo sozinho
- Precisa de alguma ajuda parcial
- Uso de forma totalmente independente

2. CONSEGUE SAIR FACILMENTE DA CAMA E MANTER-SE SENTADO?*

Marcar apenas uma oval.

- Não consigo, sem equilíbrio para me manter sentado
- Consigo com muita ajuda (uma ou duas pessoas), consigo sentar-me
- Consigo com pouca ajuda
- Totalmente Independente

3. CONSEGUE MOVER-SE EM SUPERFÍCIES PLANAS?*

Marcar apenas uma oval.

- Não me consigo mover
- Consigo, em cadeira de rodas, mais de 50 m
- Consigo caminhar, com ajuda, mais de 50 m
- Movo-me de forma totalmente independente (mesmo que com ajuda, como bengala)

4. CONSEGUE SUBIR ESCADAS?*

Marcar apenas uma oval.

- Não consigo
 Preciso de ajuda
 Consigo de forma independente

5. CONSEGUE ALIMENTAR-SE SEM AJUDA? *

Marcar apenas uma oval.

- Não consigo
 Consigo com ajuda
 Consigo alimentar-me de forma independente

6. CONSEGUE TOMAR BANHO? *

Marcar apenas uma oval.

- Preciso de ajuda
 Não preciso de ajuda

7. CONSEGUE TRATAR DA SUA HIGIENE PESSOAL? *

Marcar apenas uma oval.

- Preciso de ajuda
 Totalmente independente

8. CONSEGUE VESTIR-SE? *

Marcar apenas uma oval.

Não consigo sem ajuda

Consigo com ajuda

Consigo, totalmente independente

9. NOME*

10. CONTACTO TELEFÓNICO *

11. EMAIL *
