

Supplementary Materials. Brazilian non-celiac gluten sensitivity questionnaire

Questionário sobre Sensibilidade ao Glúten Não-Celíaca

1. Idade (anos):
2. Gênero
 Masculino
 Feminino
3. Grau de Instrução:
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo
 Pós graduação incompleta
 Pós graduação completa
4. Estado civil:
5. Renda mensal familiar:
6. Estado onde mora:

Questões 7–34: Sintomas e Sinais relativos à ingestão de glúten

O glúten é a combinação de dois grupos de proteínas: a gliadina e a glutenina, encontradas dentro de grãos de trigo, cevada e centeio e presente em alimentos como: pão, torrada, bolacha, biscoito, macarrão e outras massas, bolo, cerveja, pizza, salgadinhos, cachorro quente, hambúrguer, germen de trigo, triguilho, sêmola de trigo, cereais, barrinha de cereais.

7. Você sente cansaço físico associado à ingestão de glúten?
 Sim
 Não
8. Você se sente indisposto ou com mal-estar quando ingere glúten?
 Sim
 Não
9. Você teve perda de peso associada à ingestão de glúten?
 Sim
 Não
Quantos quilos perdeu?
_____ Kg (número)
10. Você tem aftas de repetição (feridas na boca) associadas à ingestão de glúten?
 Sim
 Não
11. Você sente queimação subindo da barriga para o peito ou para a garganta (azia/pirose) quando ingere glúten?
 Sim
 Não
12. Você sente o ácido subindo da barriga para o peito ou para a garganta (regurgitação ou refluxo ácido) quando ingere glúten?
 Sim
 Não
13. Você tem dor de estômago associada à ingestão de glúten?
 Sim
 Não
14. Você tem náuseas ou enjoos associados à ingestão de glúten?
 Sim

- () Não
15. Você tem aerofagia (sensação de engolir muito ar, eventualmente com arrotos) quando ingere glúten?
- () Sim
() Não
16. Você tem distensão abdominal (barriga inchada, estufada) associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
17. Você tem dor na barriga associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
18. Diarreia
- () Sim
() Não
- Número de evacuações por dia: _____
19. Você tem constipação (intestino preso, fezes endurecidas e dificuldade para evacuar) associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
20. Você tem alternância de hábito intestinal (intestino às vezes preso, às vezes solto) associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
21. Você tem ou já teve anemia associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
22. Você tem dor de cabeça associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
23. Você tem dormências associadas à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
24. Você tem sensação de cabeça oca ou raciocínio lento associado à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
25. Você tem dor nos músculos associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
26. Você tem dor nas juntas (articulações) associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
27. Você se sente desanimado ou deprimido quando ingere glúten?
- () Sim
() Não
28. Você tem ansiedade associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
29. Você tem asma associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não
30. Você tem rinite associada à ingestão de glúten?
- () Sim
() Não

31. Você tem rash cutâneo (lesões na pele como bolhas, manchas, caroços, vermelhidão etc) associado à ingestão de glúten?
() Sim
() Não
32. Você tem alergias na pele (dermatite) associada à ingestão de glúten?
() Sim
() Não
33. Você tem algum outro sintoma associado à ingestão de glúten?
Especifique:
34. Qual é a frequência dos sintomas em relação à ingestão do gluten:
() Sempre
() Frequentemente
() Ocasionalmente
35. Quanto tempo depois da ingestão de glúten os sintomas aparecem?
() Em 6 horas
() Entre 6 e 24 horas
() Após 24 horas
36. Os sintomas surgiram quanto tempo antes da hipersensibilidade ao gluten ser detectada?
() 1 mês
() 6 meses
() > 6 meses

Questões 37–42: Distúrbios Associados

37. Você tem algum transtorno alimentar, como por exemplo anorexia (aversão a se alimentar), bulimia (compulsão a ingerir alimentos, seguida de culpa, com vômito ou exercício após), ortorexia (compulsão por ingerir somente alimentos “saudáveis”) ou outros?
() Sim
() Não
() Não sei
Qual?

38. Você tem Síndrome do Intestino Irritável (dor ou desconforto abdominal recorrente pelo menos 3 dias/mês, nos últimos 3 meses, que melhora com a defecação e/ou se associa com mudança na frequência das evacuações ou com mudança no formato (aparência) das fezes?
() sim
() não
() não sei
39. Você tem alguma outra intolerância alimentar (desconforto digestivo quando ingere corantes, conservantes, lactose, chocolate, vinho...)?
() Sim
() Não
Qual?

40. Você tem alguma alergia?
() Sim
() Não
Qual?

41. Você tem alguma doença psiquiátrica (depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia...)?
() Sim
() Não
Qual?

42. Você tem alguma doença autoimune (como lupus, artrite reumatoide, Sjogren...)?
() Sim

- () Não
- () não sei

Qual? _____

43. Você tem história de Doença Celíaca na família?

- () Sim
- () Não
- () Não sei

Em quem? _____

44. Quem foi o primeiro a suspeitar que você tinha Sensibilidade ao glúten?

- () Você mesmo
- () Algum amigo
- () O farmacêutico
- () Um médico (clínico ou de família)
- () Um gastroenterologista
- () Um homeopata
- () Outro _____

45. Você tem algum teste positivo para doença celíaca?

- () sim
- () não
- () não sei

Se sim, qual?

46. Você tem algum teste positivo para alergia ao trigo?

- () sim
- () não
- () não sei

Se sim, qual?