

QUESTIONÁRIO: OPORTO MYOPIA STUDY

Este é um questionário constituído por **38 questões** de resposta **simples e rápida (3-5 minutos)**

O objetivo é a sua utilização para **fins estatísticos**, constituindo-se desta forma como mais uma ferramenta de melhoria constante da prática clínica e da saúde ocular dos utentes do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Santo António.

Todos os dados serão analisados de forma **anonimizada**, apenas para efeitos estatísticos, sem individualização das respostas.

Divide-se em **4 partes** (em cada página é apresentada 1 das partes):

- DADOS DEMOGRÁFICOS GERAIS - 8 questões
- DADOS DE SAUDE GERAL - 4 questões
- DADOS DE SAUDE OCULAR - 13 questões
- DADOS SOBRE ESTILO DE VIDA - 13 questões

Pode avançar ou retroceder entre as diferentes páginas **sem perder as respostas já dadas**

As questões estão divididas em:

- escolha múltipla (**círculos**) - escolha obrigatória de uma resposta
- escolha variada (**quadrados**) - pode escolher várias opções
- questões abertas (**linha**) - pode descrever da forma que pretender, com palavras ou números

Sempre que escolher a **opção "Outra"**, deve descrever qual

***Obrigatório**

DADOS DEMOGRÁFICOS GERAIS

1. INICIAIS DO NOME *

2. NÚMERO DE **PROCESSO** CLÍNICO *

3. **SEXO** *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Sem identificação

4. **IDADE** *

5. **ALTURA** (metros) *

6. **PESO** (quilogramas) *

7. **CONCELHO** DE RESIDÊNCIA *

8. **CÓDIGO POSTAL** (1ºs 4 números) *

DADOS DE **SAÚDE GERAL**

9. HISTÓRIA DE **DOENÇAS ALÉRGICAS** (pode escolher várias opções) **Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Atopia
- ☐ Rinite
- ☐ Asma
- ☐ Dermatite
- ☐ Outra: _____

10. HISTÓRIA DE **DOENÇAS AUTO-IMUNES OU DO TECIDO CONJUNTIVO** *
(pode escolher várias opções)*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Artrite Reumatóide
- ☐ Lúpus
- ☐ Espondilites
- ☐ Doença da Tiroide
- ☐ Polimiosite / Dermatomiosite
- ☐ Síndrome de Marfan
- ☐ Pseudoxantoma Elástico
- ☐ Síndrome de Ehlers-Danlos
- ☐ Outra: _____

11. HISTÓRIA DE **DOENÇAS GERAIS** (pode escolher várias opções) **Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Hipertensão Arterial Sistémica
- ☐ Diabetes
- ☐ Dislipidémia (aumento do colesterol ou outras gorduras)
- ☐ Doença coronária (ou história de enfarte cardíaco)
- ☐ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (ou outra doença pulmonar crónica)
- ☐ Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- ☐ Trombose Venosa (ou insuficiência venosa periférica)
- ☐ Doença renal crónica
- ☐ Outra: _____

12. **SUPLEMENTOS ALIMENTARES** **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

DADOS DE SAÚDE OCULAR

13. TEM **SINTOMAS** OCULARES HABITUALMENTE NO **OLHO DIREITO?** *
(pode escolher várias opções)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Não tenho sintomas
- ☐ Prurido (comichão)
- ☐ Picadelas
- ☐ Sensação de areias
- ☐ Sensação de Olho seco
- ☐ Sensação de visão turva
- ☐ Lacrimejo
- ☐ Olho vermelho
- ☐ Secreção
- ☐ Fotofobia (grande desconforto com a luz)
- ☐ Visão turva em certos momentos do dia, que melhora após piscar o olho
- ☐ Outra: _____

14. TEM **SINTOMAS** OCULARES HABITUALMENTE NO **OLHO ESQUERDO?** *
(pode escolher várias opções)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Não tenho sintomas
- ☐ Prurido (comichão)
- ☐ Picadelas
- ☐ Sensação de areias
- ☐ Sensação de Olho seco
- ☐ Sensação de visão turva
- ☐ Lacrimejo
- ☐ Olho vermelho
- ☐ Secreção
- ☐ Fotofobia (grande desconforto com a luz)
- ☐ Visão turva em certos momentos do dia, que melhora após piscar o olho
- ☐ Outra: _____

15. HISTÓRIA DE **DOENÇAS** OCULARES NO **OLHO DIREITO** *
(pode escolher várias opções)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Nenhuma
- ☐ Olho seco
- ☐ Blefarite (inflamação das pálpebras)
- ☐ Glaucoma (ou história de hipertensão ocular)
- ☐ Retinopatia diabética
- ☐ Uveítes (inflamação intraocular)
- ☐ Outra: _____

16. HISTÓRIA DE **DOENÇAS** OCULARES NO **OLHO ESQUERDO** *
(pode escolher várias opções)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Nenhuma
- ☐ Olho seco
- ☐ Blefarite (inflamação das pálpebras)
- ☐ Glaucoma (ou história de hipertensão ocular)
- ☐ Retinopatia diabética
- ☐ Uveítes (inflamação intraocular)
- ☐ Outra: _____

17. FAZ ALGUM **COLÍRIO** NO **OLHO DIREITO**? (gotas oculares) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Se **SIM** na pergunta anterior, descreva **qual(s)**

19. FAZ ALGUM **COLÍRIO** NO **OLHO ESQUERDO?** (gotas oculares) *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

20. Se **SIM** na pergunta anterior, descreva **qual(s)**

21. HISTÓRIA DE **CIRURGIA OCULAR NO OLHO DIREITO** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Nenhuma
- ☐ Cirurgia de Catarata
- ☐ Cirurgia de correção da miopia LASER
- ☐ Cirurgia de correção da miopia com Lentes Intraoculares
- ☐ Cirurgia de Glaucoma
- ☐ Vitrectomia (por descolamento de retina, buraco macular, membrana epirretiniana ou outra causa)
- ☐ Cirurgia de Explante (cirurgia extraocular após descolamento de retina)
- ☐ Cirurgia de correção de Estrabismo
- ☐ Cirurgia da Pálpebra, Órbita ou Vias Lacrimais
- ☐ Outra: _____

22. HISTÓRIA DE **CIRURGIA OCULAR NO OLHO ESQUERDO** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Nenhuma
- ☐ Cirurgia de Catarata
- ☐ Cirurgia de correção da miopia, hipermetropia ou astigmatismo LASER
- ☐ Cirurgia de correção da miopia, hipermetropia ou astigmatismo com Lentes Intraoculares
- ☐ Cirurgia de Glaucoma
- ☐ Vitrectomia (por descolamento de retina, buraco macular, membrana epirretiniana ou outra causa)
- ☐ Cirurgia de Explante (cirurgia extraocular após descolamento de retina)
- ☐ Cirurgia de correção de Estrabismo
- ☐ Cirurgia da superfície ocular e conjuntiva (Pterígeo ou Neoplasia)
- ☐ Cirurgia da Pálpebra, Órbita ou Vias Lacrimais
- ☐ Outra: _____

23. HISTÓRIA DE AMBLIOPIA (olho preguiçoso) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nenhum olho
- ☐ Olho direito
- ☐ Olho esquerdo
- ☐ Ambos os olhos

24. HISTÓRIA DE TRAUMATISMO OCULAR *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nenhum olho
- ☐ Olho direito
- ☐ Olho esquerdo
- ☐ Ambos os olhos

25. HISTÓRIA DE ERRO REFRACTIVO *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Nenhum
- ☐ Miopia
- ☐ Hipermetropia
- ☐ Astigmatismo
- ☐ Presbiopia (vista cansada para o perto)

26. HISTÓRIA PESSOAL DE DOENÇAS ECTÁSICAS DA CÓRNEA *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Não
- ☐ Sim, suspeita ou diagnóstico de Queratocone (ou outra ectasia) no olho direito
- ☐ Sim, suspeita ou diagnóstico de Queratocone (ou outra ectasia) no olho esquerdo
- ☐ Sim, suspeita ou diagnóstico de Queratocone (ou outra ectasia) em ambos os olhos

27. HISTÓRIA **FAMILIAR** DE **DOENÇAS ECTÁSICAS** DA **CÓRNEA** (Queratocone ou outra ectasia) *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

28. HISTÓRIA **PESSOAL** DE **OUTRAS** DOENÇAS DA **CÓRNEA** (ex.: distrofias) *

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim, olho direito

☐ Sim, olho esquerdo

☐ Sim, ambos os olhos

29. Se **SIM** na pergunta anterior, descreva **qual(s)**

30. HISTÓRIA **FAMILIAR** DE **OUTRAS** DOENÇAS DA **CÓRNEA** (ex.: distrofias) *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

31. Se **SIM** na pergunta anterior, descreva **qual(s)**

32. USO DE **ÓCULOS** GRADUADOS *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Olho direito
- ☐ Olho esquerdo
- ☐ Ambos os olhos

33. USO DE **LENTES DE CONTACTO** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Olho direito
- ☐ Olho esquerdo
- ☐ Ambos os olhos

DADOS SOBRE ESTILO DE VIDA

34. QUANTAS **HORAS** POR **SEMANA** PASSA AO **AR LIVRE**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ 1 a 5 horas
- ☐ 5 a 10 horas
- ☐ 10 a 15 horas
- ☐ 15 a 20 horas
- ☐ 20 a 25 horas
- ☐ 25 a 30 horas
- ☐ Mais de 30 horas

35. DURANTE O **TEMPO** QUE PASSA AO AR LIVRE, UTILIZA **ÓCULOS DE SOL**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de metade do tempo
- ☐ Mais de metade do tempo

36. QUANTOS **DIAS** DE **PRAIA** (PISCINA OU SIMILAR) FAZ **POR ANO**, EM MÉDIA? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ 1 a 10 dias
- ☐ 10 a 20 dias
- ☐ 20 a 30 dias
- ☐ 30 a 40 dias
- ☐ 40 a 50 dias
- ☐ Mais de 50 dias

37. QUANTAS **HORAS** POR **SEMANA** PRATICA **ATIVIDADE FÍSICA**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ 1 a 2 horas
- ☐ 3 a 4 horas
- ☐ 5 a 6 horas
- ☐ 7 a 8 horas
- ☐ 9 a 10 horas
- ☐ Mais de 10 horas

38. **QUAL(S) A(S) ATIVIDADES FÍSICAS** QUE PRATICA? (pode escolher várias opções) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Caminhada
- ☐ Corrida
- ☐ Desportos de contacto (Boxe, KickBoxing, Jiu Jitsu, Taekondo, Karaté, Krav Maga)
- ☐ CrossFit
- ☐ Ginásio com Pesos / Halterofilismo
- ☐ Desportos coletivos (Futebol, Andebol, Basquetebol, Voleibol)
- ☐ Natação
- ☐ Ciclismo
- ☐ Outra: _____

39. CONTACTA **DIARIAMENTE** COM **AR CONDICIONADO** EM CASA OU NO LOCAL DE TRABALHO? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

40. A SUA **ATIVIDADE PROFISSIONAL** INCLUI A **UTILIZAÇÃO DE COMPUTADOR** OU OUTRO TIPO DE **ECRÃNS**? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

41. QUANTAS **HORAS POR DIA** UTILIZA **ECRÃS**? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Nunca

☐ 1 a 2 horas

☐ 3 a 4 horas

☐ 5 a 6 horas

☐ 7 a 8 horas

☐ 8 a 10 horas

☐ Mais de 10 horas

42. QUANTAS **HORAS POR DIA** PASSA A **LER OU ESCREVER**? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Nunca

☐ 1 a 2 horas

☐ 3 a 4 horas

☐ 5 a 6 horas

☐ 7 a 8 horas

☐ 8 a 10 horas

☐ Mais de 10 horas

43. NA MAIORIA DOS DIAS, **COSTUMA DORMIR DE OLHOS ABERTOS?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

44. NA MAIORIA DOS DIAS, **COSTUMA DORMIR COM?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Barriga para baixo
- ☐ Barriga para cima

45. NA MAIORIA DOS DIAS, **COSTUMA DORMIR COM?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Com o lado direito da cara na almofada
- ☐ Com o lado esquerdo da cara na almofada

46. **COSTUMA ESFREGAR/COÇAR O OLHO DIREITO** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ 1 a 5 vezes por dia
- ☐ 6 a 10 vezes por dia
- ☐ 11 a 15 vezes por dia
- ☐ 16 a 20 vezes por dia
- ☐ Mais de 20 vezes por dia

47. COSTUMA **ESFREGAR/COÇAR** O OLHO **ESQUERDO** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ 1 a 5 vezes por dia
- ☐ 6 a 10 vezes por dia
- ☐ 11 a 15 vezes por dia
- ☐ 16 a 20 vezes por dia
- ☐ Mais de 20 vezes por dia

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários