

# AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS HIV / EFFETOS COLATERAIS AOS TRATAMENTOS ARV

Nome : ..... Médico : .....  
Data : ..... Hora : ..... : .....min

**As questões que se seguem referem-se aos sintomas que o/a senhor(a) pode ter tido durante as últimas 4 semanas.**

**Faça um círculo no número que descreve melhor o quanto esteve incomodado(a) com cada um destes sintomas.**

	EU NÃO TENHO ESTE SINTOMA	TENHO ESTE SINTOMA E ...			
		Não me incomoda	Me incomoda um pouco	Me incomoda muito	Não suporto
1. Fadiga ou perda de energia ?	0	1	2	3	4
2. Febre, arrepios ou suores ?	0	1	2	3	4
3. Sentir vertigem ? Tonturas ?	0	1	2	3	4
4. Dor, torpor ou formigamento das mãos ou dos pés ?	0	1	2	3	4
5. Falta de memória ?	0	1	2	3	4
6. Náuseas ou vômitos ?	0	1	2	3	4
7. Diarréia ou intestino solto, fezes moles ?	0	1	2	3	4
8. Me senti abatido(a) ou deprimido(a) ?	0	1	2	3	4
9. Me senti nervoso(a) ou angustiado(a) ?	0	1	2	3	4
10. Dificuldade para dormir ou insônias ?	0	1	2	3	4
11. Problemas de pele, ex. : pele seca, coceiras, rash cutâneo ?	0	1	2	3	4
12. Tosse ou falta de ar ?	0	1	2	3	4
13. Dor de cabeça ?	0	1	2	3	4
14. Perda de apetite ou alteração do paladar ?	0	1	2	3	4
15. Inchaço, dores ou gases intestinais ?	0	1	2	3	4
16. Dores musculares ou articulares ?	0	1	2	3	4
17. Problemas sexuais, ex. : perda de interesse (libido) ou ausência de satisfação ?	0	1	2	3	4
18. Alteração física, ex. : acúmulo de gordura localizada ou aumento de peso ?	0	1	2	3	4
19. Problema de perda de peso ou emagrecimento ?	0	1	2	3	4
20. Queda de cabelos ou modificação da sua textura ?	0	1	2	3	4