

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE STRESS

Nome : Médico responsável :
Data :

As questões que seguem dizem respeito às situações que você pode ter vivido nos últimos 3 meses.

Marque com um X se a situação já aconteceu ou não com você.

Me encontrei nesta situação nos últimos 3 meses ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| *Tive dificuldades para tomar meu tratamento | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| *Mudei de tratamento (não tolerância, toxicidade, ...) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| *Tive efeitos colaterais | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| *Aprendi uma coisa nova sobre os tratamentos que me inquietou | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| *Não suportava mais certos efeitos do meu tratamento que me incapacitavam | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Estava esperando arranjar uma moradia mas não consegui | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Estava esperando arranjar um emprego mas não consegui | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive problemas de dinheiro | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive problemas administrativos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| *Fracassei em uma tentativa de reinserção | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive problemas de comunicação com minha família | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive conflitos com pessoas em volta de mim (amigos, vizinhos, colegas, ...) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive dificuldades com meu médico (decepção, conflitos, ...) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Me separei do(a) meu/minha companheiro(a) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Perdi uma pessoa próxima (morte) | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive dificuldades sexuais | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive dificuldades para ter encontros amorosos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Nem sempre consegui negociar a utilização dos preservativos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| * Tive uma perda de motivação sexual | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |

© COMMENT DIRE. 2002. 2003