

Questionário de Necessidade de Informação sobre a Doença Pulmonar (LINQ)

1. Você sabe o nome de sua doença do pulmão?
SIM
NÃO

2. Algum médico ou enfermeiro (a) lhe disse como esta doença afeta os seus pulmões?
SIM
NÃO

3. Algum médico ou enfermeiro (a) lhe informou o que pode acontecer no futuro?
SIM
NÃO

4. Qual das seguintes afirmativas descreve melhor o que lhe poderá acontecer nos próximos anos? **MARQUE SOMENTE UMA RESPOSTA**
Agora que minha doença está sendo tratada, eu provavelmente vou melhorar
Agora que minha doença está sendo tratada, eu provavelmente ficarei como estou
Irei piorar
Não tenho a mínima idéia

5. Algum médico ou enfermeiro (a) lhe explicou a razão de porque usar seu inalador (bombinha) ou sua remédios?
SIM
NÃO

6. Você tenta usar o seu inalador (bombinha) ou seus remédios exatamente como foi instruído pelo seu médico ou enfermeiro (a)?
SIM
NÃO

7. Você está satisfeito com as informações dadas pelos médicos e enfermeiros (as) sobre seus inaladores (bombinhas) ou seus remédios? **MARQUE SOMENTE UMA RESPOSTA**

Eu entendi tudo o que preciso saber

Eu entendi o que me foi dito, mas gostaria de saber mais

Estou um pouco confuso sobre meus remédios

Estou muito confuso sobre meus medicamentos

8. Qual a afirmativa que melhor descreve o que fazer se sua respiração piorar (por exemplo: usar dois jatos da bombinha ao invés de um)? **MARQUE SOMENTE UMA RESPOSTA**

Eu fui informado sobre o que fazer e o médico/enfermeiro (a) me deram instruções por escrito

Eu fui informado o que fazer, mas não foi escrito no papel

Eu não fui informado o que fazer, mas eu sei o que fazer

Eu não fui informado o que fazer e eu não sei o que fazer

9. Já foi dito a você quando deve chamar uma ambulância se sua respiração piorar? **MARQUE SOMENTE UMA RESPOSTA**

Eu fui informado sobre o que fazer e o médico/enfermeiro (a) me deram instruções por escrito

Eu fui informado o que fazer, mas não foi escrito no papel

Eu não fui informado o que fazer, mas eu sei o que fazer

Eu não fui informado o que fazer e estou confuso quando chamar a ambulância

10. O que melhor descreve você?

Nunca fumei (vá para a questão 13)

Fumava, mas não fumo mais (vá para a questão 13)

Ainda continuo fumando (vá para a questão 11)

11. Algum médico ou enfermeiro (a) lhe aconselhou a parar de fumar?
SIM
NÃO
12. Algum médico ou enfermeiro (a) lhe ofereceu ajuda para você parar de fumar? (p.ex. deram a você chiclete de nicotina ou adesivo de nicotina ou lhe encaminharam para uma clinica para parar de fumar)?
SIM
NÃO
13. Você foi orientado pelo médico ou pelo (a) enfermeiro (a) a tentar fazer atividade física (p.ex., caminhar, caminhar rápido e outras formas de exercício)?
SIM
NÃO
14. Você foi orientado pelo médico ou enfermeiro (a) o quanto de atividades físicas (p.ex., caminhar, caminhar rápido e outras formas de exercícios) que você deveria fazer?
Sim, e eu sei o que fazer
Sim, mas não estou certo do que fazer
Sim, mas sou incapaz de fazer
Não
15. Quanto de atividade física você faz?
O mínimo possível
Eu faço um esforço
Eu tento o máximo que posso
16. O que os médicos ou enfermeiros (as) lhe informaram sobre sua dieta ou o que comer?
(**MARQUE TODAS QUE ACHAR CONVENIENTES**)
Nada
Perder ou ganhar peso
Comer alimentos saudáveis

Comer várias pequenas refeições por dia (p.ex., seis pequenas refeições por dia ao invés das três grandes)

17. Você tem alguma pergunta ou comentário a fazer sobre a sua doença pulmonar?
(Se sim, escreva no espaço abaixo)

18. Você mora sozinho?

SIM

NÃO

19. Sexo (**MARQUE UM**) Masculino Feminino

20. Em que ano você nasceu? 19__ __