

Paciente: _____
Telefone: _____ **Idade:** _____ **Residente:** _____
Gênero: ()Feminino ()Masculino **Raça:** (1)Branco (2)Negro (3)Pardo (4)Amarelo
Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO EVA

Classifique sua dor do lado direito do rosto nesse momento (sendo 0 nenhuma dor, 5 dor moderada e 10 severa) lembrando que você pode marcar números decimais (entre um número e outro):



Classifique sua dor do lado esquerdo do rosto nesse momento (sendo 0 nenhuma dor, 5 dor moderada e 10 severa) lembrando que você pode marcar números decimais (entre um número e outro):



QUESTIONÁRIO OHIP-14

Durante os últimos dias:

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | <i>Você teve problemas para falar alguma palavra?</i> | ☐ |
| 2. | <i>Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?</i> | ☐ |
| 3. | <i>Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?</i> | ☐ |
| 4. | <i>Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?</i> | ☐ |
| 5. | <i>Você ficou preocupado(a)?</i> | ☐ |
| 6. | <i>Você se sentiu nervoso(a)?</i> | ☐ |
| 7. | <i>Sua alimentação ficou prejudicada?</i> | ☐ |
| 8. | <i>Você teve que parar suas refeições?</i> | ☐ |
| 9. | <i>Você encontrou dificuldade para descansar?</i> | ☐ |
| 10. | <i>Você ficou com vergonha?</i> | ☐ |
| 11. | <i>Você ficou aborrecido(a) com as pessoas?</i> | ☐ |
| 12. | <i>Você teve dificuldade para fazer suas tarefas diárias?</i> | ☐ |
| 13. | <i>Você sentiu que sua vida, piorou?</i> | ☐ |
| 14. | <i>Você não conseguiu fazer suas tarefas diárias?</i> | ☐ |

Respostas possíveis:

Nunca (0), Raramente (1), Às vezes (2), Repetidamente (3) e Sempre (4).