

Anexo5 –Questionário de Leciester sobre Tosse Crônica

Iniciais do Paciente: _____ Data: _____

Este questionário foi desenvolvido para avaliar o impacto da tosse sobre diversos aspectos da sua vida. Leia cada pergunta cuidadosamente e CIRCULE o número da resposta que melhor se aplica a você. Por favor, responda TODAS as perguntas, da maneira mais honesta possível.

1 – Nas últimas 2 semanas, você sentiu dor no peito ou no estômago em consequência da sua tosse?

1 0 tempo todo	2 A maior parte do tempo	3 Uma boa parte do tempo	4 Alguma parte do tempo	5 Pouco tempo	6 Quase nenhum tempo	7 Nenhum tempo
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------	-------------------------	-------------------

2 – Nas últimas 2 semanas, você se incomodou pela produção de escarro (catarro) quando você tossiu?

1 Todas as vezes	2 A maior parte das vezes	3 Várias vezes	4 Algumas vezes	5 Ocasionalmente	6 Raramente	7 Nunca
---------------------	------------------------------	-------------------	--------------------	---------------------	----------------	------------

3 – Nas últimas 2 semanas, você se cansou por causa da sua tosse?

1 0 tempo todo	2 A maior parte do tempo	3 Uma boa parte do tempo	4 Alguma parte do tempo	5 Pouco tempo	6 Quase nenhum tempo	7 Nenhum tempo
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------	-------------------------	-------------------

4 – Nas últimas 2 semanas, você sentiu que tinha controle sobre sua tosse?

1 Nenhum tempo	2 Quase nenhum tempo	3 Pouco tempo	4 Alguma parte do tempo	5 Uma boa parte do tempo	6 A maior parte do tempo	7 0 tempo todo
-------------------	-------------------------	------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

5 – Com que frequência durante as últimas 2 semanas você se sentiu envergonhado por causa da sua tosse?

1 0 tempo todo	2 A maior parte do tempo	3 Uma boa parte do tempo	4 Alguma parte do tempo	5 Pouco tempo	6 Quase nenhum tempo	7 Nenhum tempo
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------	-------------------------	-------------------

6 – Nas últimas 2 semanas, minha tosse me deixou ansioso.

1 0 tempo todo	2 A maior parte do tempo	3 Uma boa parte do tempo	4 Alguma parte do tempo	5 Pouco tempo	6 Quase nenhum tempo	7 Nenhum tempo
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------	-------------------------	-------------------

7 – Nas últimas 2 semanas, minha tosse interferiu no meu trabalho, ou em outros afazeres diários.

1 0 tempo todo	2 A maior parte do tempo	3 Uma boa parte do tempo	4 Alguma parte do tempo	5 Pouco tempo	6 Quase nenhum tempo	7 Nenhum tempo
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------	-------------------------	-------------------

8 – Nas últimas 2 semanas, eu senti que minha tosse interferiu no prazer de aproveitar minha vida.

1 0 tempo todo	2 A maior parte do tempo	3 Uma boa parte do tempo	4 Alguma parte do tempo	5 Pouco tempo	6 Quase nenhum tempo	7 Nenhum tempo
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------	-------------------------	-------------------

9 – Nas últimas 2 semanas, a exposição a cheiro de tinta ou fumaça me fez tossir.

1	2	3	4	5	6	7
O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouco tempo	Quase nenhum tempo	Nenhum tempo

10 – Nas últimas 2 semanas, sua tosse atrapalhou o seu sono?

1	2	3	4	5	6	7
O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouco tempo	Quase nenhum tempo	Nenhum tempo

11 – Nas últimas 2 semanas, quantas vezes ao dia você teve crises de tosse?

1	2	3	4	5	6	7
Todo tempo (continuamente)	A maior parte das vezes durante o dia	Várias vezes durante o dia	Algumas vezes durante o dia	Ocasionalmente durante o dia	Raramente	Nunca

12 – Nas últimas 2 semanas, minha tosse me fez sentir frustrado.

1	2	3	4	5	6	7
O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouco tempo	Quase nenhum tempo	Nenhum tempo

13 – Nas últimas 2 semanas, minha tosse me fez sentir “de saco cheio”.

1	2	3	4	5	6	7
O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouco tempo	Quase nenhum tempo	Nenhum tempo

14 – Nas últimas 2 semanas, você apresentou rouquidão em consequência de sua tosse?

1	2	3	4	5	6	7
O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouco tempo	Quase nenhum tempo	Nenhum tempo

15 – Nas últimas 2 semanas, mesmo com sua tosse, você teve muita energia?

1	2	3	4	5	6	7
Nenhum tempo	Quase nenhum tempo	Pouco tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	O tempo todo

16 – Nas últimas 2 semanas, você se preocupou que sua tosse pudesse indicar uma doença grave?

1	2	3	4	5	6	7
O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouco tempo	Quase nenhum tempo	Nenhum tempo

17 – Nas últimas 2 semanas, você se preocupou que outras pessoas pensassem que havia algo errado com você, por causa da sua tosse?

1	2	3	4	5	6	7
O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouco tempo	Quase nenhum tempo	Nenhum tempo

18 – Nas últimas 2 semanas, minha tosse interrompeu conversas ou telefonemas.

1	2	3	4	5	6	7
Todas as vezes	A maior parte das vezes	Várias vezes	Algumas vezes	Ocasionalmente	Raramente	Nunca

19 – Nas últimas 2 semanas, eu sinto que minha tosse aborreceu meu companheiro(a), família ou amigos.

1	2	3	4	5	6	7
Toda vez que eu tusso	A maior parte das vezes que eu tusso	Várias vezes quando eu tusso	Algumas vezes quando eu tusso	Ocasionalmente quando eu tusso	Raramente	Nunca

Obrigado por responder a este questionário.