

Ficha de Avaliação de Qualidade de Vida

Tipo de aplicação do OHIP

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	(1) Entrevista (2) Questionário
---	------------------------------------

Orientação: Ao responder este roteiro não existe resposta certa ou errada. Sinta-se à vontade e pergunte qualquer coisa que quiser ao entrevistador. Você deve responder as perguntas sobre fatos acontecidos nos últimos 12 meses, até ontem.

Itens (assinalar com x)	Sempre	Repetidamente	Às vezes	Raramente	Nunca
Item OHIP 1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 3. Você já sentiu dores fortes em sua boca?					
Item OHIP 4. Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 5. Você tem ficado pouco à vontade por causa dos seus dentes, sua boca?					
Item OHIP 6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca ?					
Item OHIP 7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 9. Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes ou sua boca ?					
Item OHIP 10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 12. Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					
Item OHIP 14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?					