

Versão traduzida do questionário OQLQ:

Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Orto-cirúrgicos

Por favor, leia cuidadosamente as afirmativas a seguir.

Para que saibamos o quanto cada uma das afirmativas é importante para você, por favor circule 1, 2, 3, 4 ou N/A, onde:

1 - Significa que isto te incomoda um pouco.

4 - Significa que isto te incomoda muito.

2 + 3 - Ficam entre te incomodar um pouco e te incomodar muito.

N/A - Significa que a afirmativa não se aplica a você ou isto não te incomoda de forma alguma.

1. Eu fico inseguro com a aparência dos meus dentes.
2. Eu tenho problemas para morder.
3. Eu tenho problemas para mastigar.
4. Há alguns alimentos que evito comer porque a maneira como os meus dentes se encaixam torna isso difícil.
5. Eu não gosto de comer em lugares públicos.
6. Eu tenho dores na minha face ou no maxilar.
7. Eu não gosto de ver meu rosto de lado (perfil).
8. Eu passo muito tempo analisando meu rosto no espelho.
9. Eu passo muito tempo analisando meus dentes no espelho.
10. Eu não gosto que tirem fotografia de mim.
11. Eu não gosto de ser visto em vídeo.
12. Eu costumo olhar fixamente para os dentes das pessoas.
13. Eu costumo olhar fixamente para os rostos de outras pessoas.
14. Eu fico inseguro com a aparência do meu rosto.
15. Eu tento cobrir a minha boca quando encontro as pessoas pela primeira vez.
16. Eu me preocupo em encontrar as pessoas pela primeira vez.
17. Eu me preocupo que as pessoas irão fazer comentários que magoam sobre a minha aparência.
18. Eu sinto falta de confiança quando saio socialmente.
19. Eu não gosto de sorrir quando me encontro com pessoas.
20. Eu às vezes fico deprimido por causa da minha aparência.
21. Eu às vezes acho que as pessoas estão me encarando.
22. Comentários sobre a minha aparência realmente me chateiam ou aborrecem, mesmo quando sei que as pessoas estão apenas brincando.

