

KIDSCREEN-10 Index

Health Questionnaire for Children and Young People

Parent Version
Portuguese (BR)



Dia

Mês

Ano

Pai/Mãe,

Como é o/a seu/sua filho(a)? Como ele/ela se sente? É isso que nós gostaríamos que você nos dissesse sobre ele/ela.

Por favor, responda as perguntas seguintes, da melhor maneira que você puder, a fim de garantir que as suas respostas reflitam o ponto de vista do(a) seu/sua filho(a). Por favor, tente lembrar-se de tudo o que aconteceu com seu/sua filho(a) na semana passada...

Sobre a saúde do(a) seu/sua filho(a)

Pensando sobre a semana passada...

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------------|------------------------------------|---|---|--|
| 1. | O(A) seu/sua filho(a) sentiu-se bem e em forma? | nada
<input type="radio"/> | pouco
<input type="radio"/> | moderada-mente
<input type="radio"/> | muito
<input type="radio"/> | extrema-mente
<input type="radio"/> |
| 2. | O(A) seu/sua filho(a) se sentiu cheio de energia? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |
| 3. | O(A) seu/sua filho(a) sentiu-se triste? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |
| 4. | O(A) seu/sua filho(a) se sentiu sozinho(a)? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |
| 5. | O(A) seu/sua filho(a) teve tempo suficiente para si mesmo(a)? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |
| 6. | O(A) seu/sua filho(a) foi capaz de fazer as coisas que ele/ela quer fazer no seu próprio tempo livre? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |
| 7. | O(A) seu/sua filho(a) sentiu que os pais o(a) trataram de forma justa? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |
| 8. | O(A) seu/sua filho(a) se divertiu com amigos? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |
| 9. | O(A) seu/sua filho(a) esteve bem na escola? | nada
<input type="radio"/> | pouco
<input type="radio"/> | moderada-mente
<input type="radio"/> | muito
<input type="radio"/> | extrema-mente
<input type="radio"/> |
| 10. | O(A) seu/sua filho(a) foi capaz de prestar atenção? | nunca
<input type="radio"/> | raramente
<input type="radio"/> | frequentemente
<input type="radio"/> | muito frequent e-mente
<input type="radio"/> | sempre
<input type="radio"/> |

**Em geral,
como o/a seu/sua filho(a) avaliaria a saúde dele(a)?**

- ☐ excelente
- ☐ muito boa
- ☐ boa
- ☐ regular
- ☐ ruim