



## KIDSCREEN-10 Index

Questionário de Saúde para Crianças e Adolescentes

Versão para Pais

*Data:* \_\_\_\_\_  
                                  *mês*      *ano*

Pais,

Como é o/ seu filho(a)? Como é que ele/ela se sente? É isso que queremos saber através de si.

Por favor responda às seguintes questões com todo o seu conhecimento, assegurando que as suas respostas reflectem o(a) seu(sua) filho(a). Por favor tente recordar as experiência do(a) seu(sua) filho(a) na última semana ...

## Sobre a saúde do seu (a) filho (a)

**Pensa na última semana ...**

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) sentiu-se cheio(a) de energia?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente 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"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
4.	O(a) seu(sua) filho(a) sentiu-se sozinho(a)?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	O(a) seu(sua) filho(a) teve tempo suficiente para si próprio(a)?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
6.	O(a) seu(sua) filho(a) tem sido capaz de fazer actividades que quer fazer no tempo livre?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
7.	O(a) seu(sua) filho(a) sentiu que os pais o(a) trataram com justiça?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
8.	O(a) seu(sua) filho(a) divertiu-se com outros rapazes e raparigas?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
9.	O(a) seu(sua) filho(a) foi bom/boa aluno(a) 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) sentiu-se capaz de prestar atenção?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

**Em geral, como descreve a saúde do(a) seu/sua filho(a)?**

- ☐ excelente
- ☐ muito boa
- ☐ boa
- ☐ má
- ☐ muito má