






ESCORE DE SINTOMAS DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA PEDIÁTRICA (EEo)

RELATÓRIO PARA OS PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (2-18 ANOS)

Conte-nos sobre quais foram as dificuldades do(a) seu(sua) filho(a) com a Esofagite no último MÊS.

Não há respostas certas ou erradas. Por favor, circule o número que melhor representa sua escolha.

Por favor, responda à pergunta na seção de **Frequência** e, depois, à pergunta relacionada na seção **Gravidade**

FREQUÊNCIA					GRAVIDADE				
Nunca	Raramente (uma ou mais vezes por mês)	Às vezes (uma ou mais vezes por semana)	Frequente-mente (Uma vez por dia)	Quase sempre (duas ou mais vezes ao dia)	Nada mal	Um pouco mal	Mais ou menos mal	Mal	Muito mal
									
Com que frequência seu(sua) filho(a) fica doente?					Como ele(a) se sente quando fica doente?				
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Para uso exclusivo dos pesquisadores

Número de identificação da pesquisa:	Numero de identificação do sujeito de pesquisa:	Date do preenchimento:	Dia	Mês	Ano				
1. Com que frequência seu(sua) filho(a) sente dor no peito?		2. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com dor no peito?							
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. Com que frequência seu(sua) filho(a) sente azia (queimação no peito, boca ou garganta)?		4. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com azia (queimação no peito, boca ou garganta)?							
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. Com que frequência seu(sua) filho(a) tem dor de estômago ou de barriga?		6. Como seu(sua) filho(a) se sente quando tem dor de estômago ou de barriga?							
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Conte-nos sobre quais foram as dificuldades do(a) seu(sua) filho(a) com a Esofagite no último MÊS

FREQUÊNCIA				
Nunca	Raramente (uma ou mais vezes por mês)	As vezes (uma ou mais vezes por semana)	Frequenteme n-te (Uma vez por dia)	Quase sempre (duas ou mais vezes ao dia)

7. Com que frequência seu(sua) filho(a) tem dificuldade para engolir?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9. Com que frequência seu(sua) filho(a) sente como se a comida ficasse presa em sua garganta ou peito?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11. Com que frequência seu(sua) filho(a) precisa beber algo para ajudar a engolir a comida?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13. Com que frequência seu(sua) filho(a) vomita?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

15. Com que frequência seu(sua) filho(a) sente enjoos (sente que vai vomitar, mas não vomita)?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

17. Com que frequência a comida volta pela garganta do(a) seu(sua) filho(a) quando ele(a) come?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

19. Com que frequência seu(sua) filho(a) come menos do que as outras pessoas?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

20. Com que frequência seu(sua) filho(a) precisa de mais tempo para comer do que as outras pessoas?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

GRAVIDADE				
Nada mal	Um pouco mal	Mais ou menos mal	Mal	Muito mal
				

8. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com dificuldade para engolir?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10. Como seu(sua) filho(a) se sente quando a comida fica presa em sua garganta ou peito?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12. Como seu(sua) filho(a) se sente se não bebe algo para ajudar a engolir a comida?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14. Como seu(sua) filho(a) se sente quando vomita?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

16. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com enjoos (sentindo que vai vomitar, mas não vomita)?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

18. Como seu(sua) filho(a) se sente quando a comida volta pela garganta?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Muito obrigado(a) por participar!