Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 16/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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				
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)
Com que frequência seu(sua) filho(a) fica doente?				
0	1	2	3	4

GRAVIDADE				
Nada mal	**Um pouco mal**	**Mais ou menos mal**	**Mal**	**Muito mal**
Como ele(a) se sente quando fica doente?				
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?

0	1	2	3	4

2. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com dor no peito?

0	1	2	3	4

3. Com que frequência seu(sua) filho(a) sente azia (queimação no peito, boca ou garganta)?

0	1	2	3	4

4. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com azia (queimação no peito, boca ou garganta)?

0	1	2	3	4

5. Com que frequência seu(sua) filho(a) tem dor de estômago ou de barriga?

0	1	2	3	4

6. Como seu(sua) filho(a) se sente quando tem dor de estômago ou de barriga?

0	1	2	3	4

Direitos reservados. Não utilizar sem autorização.

© Copyright.Mapi Research Trust. Todos direitos reservados. Não reproduzir sem autorização.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 16/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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)	**Às vezes** (uma ou mais vezes por semana)	**Frequentemen-te** (Uma vez por dia)	**Quase sempre** (duas ou mais vezes ao dia)

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

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

0	1	2	3	4

8. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com 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

10. Como seu(sua) filho(a) se sente quando a comida fica 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

12. Como seu(sua) filho(a) se sente se não bebe 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

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

16. Como seu(sua) filho(a) se sente quando está com enjoos (sentindo 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

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

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

Muito obrigado(a) por participar!

Direitos reservados. Não utilizar sem autorização.

© Copyright.Mapi Research Trust. Todos direitos reservados. Não reproduzir sem autorização.