

ESCORE DE SINTOMAS DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA PEDIÁTRICA (EEo)

RELATÓRIO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (8-18 ANOS)

Conte-nos sobre quais foram suas dificuldades 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 você fica doente?					Como você 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:			

1. Com que frequência você sente dor no peito?

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

3. Com que frequência você sente azia (queimação no peito, boca ou garganta)?

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

5. Com que frequência você sente dor de estômago ou de barriga?

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

2. Como você se sente quando está com dor no peito?

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

4. Como você se sente quando está com azia (queimação no peito, boca ou garganta)?

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

6. Como você se sente quando está com dor de estômago ou de barriga?

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

Conte-nos sobre quais foram suas dificuldades com a Esofagite no último MÊS

FREQUÊNCIA				
Nunca	Raramente (uma ou mais vezes por mês)	As vezes (uma ou mais vezes por semana)	Frequentemente (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 você tem dificuldade para engolir?

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

9. Com que frequência você se sente como se a comida ficasse presa em sua garganta ou peito?

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

11. Com que frequência você precisa beber algo para ajudar a engolir a comida?

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

13. Com que frequência você vomita?

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

15. Com que frequência você sente enjoos (sente que vai vomitar, mas não vomita)?

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

17. Com que frequência a comida volta pela sua garganta quando você está comendo?

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

19. Com que frequência você come menos do que as outras pessoas?

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

20. Com que frequência você precisa de mais tempo para comer do que as outras pessoas?

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

8. Como você se sente quando está com dificuldade para engolir?

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

10. Como você se sente quando a comida fica presa em sua garganta ou peito?

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

12. Como você se sente se não bebe algo para ajudar a engolir a comida?

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

14. Como você se sente quando vomita?

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

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

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

18. Como você se sente quando a comida volta pela garganta quando você está comendo?

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

Muito obrigado(a) por participar!