

**ANNEX**  
SDQ-20

Este questionário refere-se a vários sintomas físicos ou a sensações corporais que pode ter tido durante pouco tempo ou por períodos longos de tempo.

Indique, por favor, o grau em que essas experiências se aplicam a si no último ano.

Para cada frase faça um círculo em redor do número da primeira coluna que melhor se aplica a Si.

As possibilidades são:

1= Não se aplica NADA  
4= Aplica-se MUITO

2= Aplica-se POUCO  
5= Aplica-se BASTANTE

3= Aplica-se MODERADAMENTE

Se um sintoma ou sensação se aplicar a si, indique se um médico o relacionou com uma doença física. Aponte esta situação na segunda coluna "A causa física é conhecida?" fazendo um círculo à volta da palavra SIM ou NÃO.

Se assinalou o SIM, escreva a causa física na linha, caso a conheça. Um exemplo:

	Grau em que o sintoma se aplica a si					A causa física é conhecida?	
<b>Às vezes acontece que:</b>							
Os meus dentes abanam.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
Tenho câibras nas pernas.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____

Se pôs um círculo no 1 da primeira coluna (Não se aplica NADA), NÃO tem de responder à pergunta sobre se conhece a causa física. Mas se pôs um círculo no 2, 3, 4 ou 5, DEVE pôr um círculo no NÃO ou no SIM na coluna de "A causa física é conhecida?"

SFF Não salte nenhuma das 20 perguntas. Muito obrigado pela sua colaboração.

1= NÃO se aplica  
4= Aplica-se MUITO

2= Aplica-se POUCO  
5= Aplica-se BASTANTE

3= Aplica-se MODERADAMENTE

**Às vezes acontece que:**

	Grau em que o sintoma se aplica a si					A causa física é conhecida?	
1. É como se o meu corpo, ou parte dele, desaparecesse.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
2. Fico paralisado(a) durante um bocado.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
3. Não consigo falar (ou falo somente com um grande esforço) ou só consigo sussurrar.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
4. O meu corpo, ou parte dele, fica insensível à dor.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
5. Tenho dores a urinar.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
6. Não consigo ver por momentos [como se ficasse cego(a)].	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
7. Tenho dificuldades em urinar.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
8. Não consigo ouvir por momentos [como se ficasse surdo(a)].	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
9. Ouço os sons próximos como se eles viessem de longe.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
10. Fico rígido(a) por momentos.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
11. Não tenho gripe, no entanto consigo cheirar muito melhor ou muito pior do que habitualmente.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
12. Sinto dores nos genitais (independentemente de relações sexuais).	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
13. Tenho um ataque semelhante a uma convulsão epiléptica.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
14. Repugnam-me cheiros de que gosto habitualmente .	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
15. Não suporto sabores de que gosto habitualmente (exceto mulheres na gravidez ou em período menstrual).	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
16. Vejo as coisas à minha volta de forma diferente do habitual (p. ex.: como se olhasse através de um túnel ou visse somente parte do objeto)	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
17. Não consigo dormir noites seguidas mas mantenho-me muito ativo(a) durante o dia.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
18. Não consigo engolir ou só engulo com grande esforço.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
19. As pessoas e as coisas parecem maiores do que são na realidade.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____
20. Sinto o meu corpo ou parte dele dormente.	1	2	3	4	5	Não	Sim, e é _____