

**Anexo A**  
**(Questionário)**

## Questionário

### Caracterização sócio-demográfica

Nome: -----

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número processo: \_\_\_\_\_

<b>1. Idade:</b> _____ anos	<b>3. Estado Civil:</b> 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Divorciado 9- Não registado	<b>5. Nível educacional:</b> 1 Sem escolaridade 2 Básico 3 Médio 4 Superior 9 Não registado
<b>2. Género:</b> 1.Masculino 2.Feminino 9.Não registado	<b>4. Profissão:</b> _____	

### Grau de satisfação dos indivíduos em relação às suas próteses

#### 1. Satisfação com as próteses:

Está satisfeito com a sua prótese superior?	Está satisfeito com a sua prótese inferior?
1 Sim 2 Razoavelmente 3 Não 8 Não aplicável 9 Não registado	1 Sim 2 Razoavelmente 3 Não 8 Não aplicável 9 Não registado

### Caracterização da reabilitação protética

#### 1. Tipo de reabilitação removível:

#### 2. Ano de reabilitação

<b><u>Maxilar superior:</u></b> 1.PTotal 2.PPR acrílica 3.PPR esquelética 8.Não aplicável 9.Não registado	<b><u>Mandíbula:</u></b> 1.PTotal 2.PPR acrílica 3.PPR esquelética 8.Não aplicável 9.Não registado	Maxilar superior: _____ Mandíbula: _____ Não sabe
<b>Classificação de Kennedy:</b> 1.Classe I 2.Classe II 3.Classe III 4.Classe IV 8.Não aplicável 9.Não registado	<b>Classificação de Kennedy:</b> 1.Classe I 2.Classe II 3.Classe III 4.Classe IV 8.Não aplicável 9.Não registado	Ano de reabilitação total <input type="text"/>

## Qualidade de vida relacionada com a saúde oral - Índice GOHAI

Nos últimos 3 meses, qual a frequência com que o(a) senhor(a):

Perguntas	Respostas			Pontuação
	Sempre	Às vezes	Nunca	
1- Teve a necessidade de limitar o tipo ou a quantidade de alimentos que comeu devido a problemas com os seus dentes ou próteses?				
2- Teve dificuldade para morder ou mastigar certos alimentos como carne ou maçãs?				
3- Foi capaz de engolir alimentos confortavelmente?				
4- Percebeu que os seus dentes ou próteses o(a) impediram de falar como gostaria?				
5- Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?				
6- Evitou o contacto com outras pessoas por causa das condições dos seus dentes, gengivas ou próteses?				
7- Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto dos seus dentes ou próteses?				
8- Precisou de tomar medicamentos para aliviar a dor ou o desconforto relativos à sua boca?				
9- Aborreceu-se ou teve preocupações com os seus dentes, gengivas ou próteses?				
10- Sentiu-se nervoso(a) por causa de problemas com os seus dentes, gengivas ou próteses?				
11- Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se em frente a outras pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses?				
12- Sentiu sensibilidade nos dentes ou gengivas com o contacto de calor, frio ou doces?				

**Valor Total**

