

PREVALÊNCIA DA ACNE EM UTENTES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Por favor, leia com atenção antes de responder.

Este questionário tem como finalidade saber a frequência da Acne na Zona Norte. É realizado por estudantes de Medicina do 4º ano do ICBAS/Hospital Santo António, disciplina de Terapêutica. É TOTALMENTE ANÓNIMO: a informação não identifica a pessoa que responde e os dados só serão utilizados para esta investigação médica. Muito Obrigado pela sua Colaboração!

Sexo F M
Raça Caucasiana Negra Outra
Ano de nascimento _____ Profissão: _____
Naturalidade (Concelho): _____ Residência (Concelho): _____

Bebe leite pelo menos 5 vezes por semana?

- Se Sim, Magro Meio Gordo Gordo - Não

Come Fast Food? (Mc Donalds, Pizza Hut, Burger King, etc)

Nunca Até 2 vezes por mês 2 a 5 vezes por mês Mais de 5 vezes por mês

Fuma? Se Sim, quantos cigarros por dia: _____ Há quanto tempo? _____ anos - Não

Bebe água da torneira? Sim Não

Que quantidade de água bebe por dia?

Até 0,5 litros Até 1,5 litros Mais de 1,5 litros

SE É MULHER:

Com que idade teve a primeira menstruação? _____ anos
Toma pílula? Se sim, qual: _____ Há Quanto tempo? _____ anos
Faz outro método anticoncepcional? Se sim, qual? _____
Tem períodos menstruais irregulares? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
As lesões agravam com a menstruação? Se sim, Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/>
Sobre o buço, tira <input type="checkbox"/> aloura <input type="checkbox"/> não tem <input type="checkbox"/>

Medicação Habitual

Assinale com uma cruz se considerar que tem acne nos seguintes locais:

Cara Costas Peito

Em que idade começaram as lesões? _____ anos (+/-)

Variação sazonal

	Melhoram	Pioram	Não alteram
Primavera			
Verão			
Outono			
Inverno			

Familiares com acne

Irmãos quantos ___ em quantos ___ Pai teve/tem Mãe teve/tem

Actualmente está a fazer algum tratamento para o acne?

-Local - face Qual? _____
 outro local Qual? _____
 -Sistémico Qual: _____

Há quanto tempo faz tratamento? _____

Aproximadamente, quanto gasta por mês no tratamento do acne? _____

Notou melhoria após o tratamento? Sim Não

Costuma interromper o tratamento quando melhora? Sim Não

As lesões reaparecem com frequência?

Sim, se interromper o tratamento
 Sim, mesmo que não interrompa o tratamento
 Não

Já fez tratamento?

Não

Sim

Qual? _____

Durante quanto tempo? _____

Há quanto tempo terminou de o fazer? _____

Quantas vezes lava a cara por dia?

Nenhuma Uma Duas Mais de duas

Usa desmaquilhante? Sim Não

Nota se o seu acne piora com:

	Álcool	Fritos	Frutos secos	Azeitonas	Chocolate
Sim					
Não					

Considera que o acne influencia a sua vida:

	Nada	Pouco	Muito
A nível profissional			
A nível social			
A nível pessoal			

II- OBSERVAÇÃO E ANAMNESE

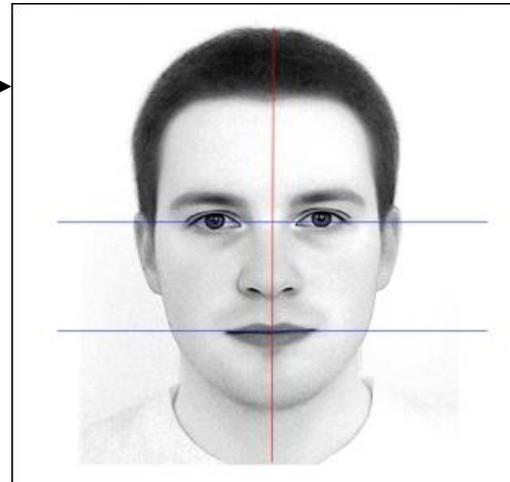
Acne: Grau _____ Maquilhada Sim Não

Tipo de lesões:

Pontos negros
Pontos brancos
Pápulas
Pústulas

Quistos
Cicatrizes atróficas
Cicatrizes hipertróficas

Face 



Quanto tempo duram estas lesões?

Uma semana
Um mês
Mais de um mês

1 ano
Mais de um ano

Seborreia

Alopécia

Hirsutismo

Patilha
Mandíbula
Buço (se mulher)