

## APÊNDICE 1

# Avaliação de conhecimentos

- De acordo com o que sabe, o consumo de tabaco é um factor de risco para qual ou quais destas doenças? (coloque uma cruz na opção ou opções que considera correta)

- Cancro do pulmão .....
- Cancro do cólon-recto .....
- Cancro da pele .....
- Doenças do coração .....
- Cancro da bexiga .....
- Acidente vascular cerebral .....
- Diabetes .....
- Desconheço .....

- Em relação ao Cancro da Bexiga, qual das seguintes opções acredita ser o principal factor de risco? (coloque uma cruz em apenas uma das opções)

- Poluição ambiental/trabalho .....
- Alimentação .....
- Tabagismo .....
- Álcool .....
- Genética/História familiar .....
- Idade .....
- Desconheço .....

## Questionário Socio-demográfico

- 1- Estado Civil: .....
- 2- Anos de escolaridade: ..... (Anos)

## Questões relacionadas com o consumo de tabaco

- 1- Fuma ou fumou mais de 100 cigarros ao longo da sua vida? ..... (Sim/Não) - se “Não”, terminar o questionário neste ponto.
- 2- Fumou algum cigarro (s) nos últimos 7 dias? ..... (Sim/Não) – se “Sim” passar para pergunta 5
- 3- Se deixou de fumar, ocorreu antes ou depois do seu diagnóstico de Cancro da Bexiga? ..... (Antes/Depois)
- 4- Se deixou de fumar depois do diagnóstico, quanto tempo depois o fez? ..... (Meses)
- 5- Quantos cigarros fuma em média por dia (depois do diagnóstico)? ..... (nº de cigarros/dia)
- 6- Quantos cigarros fumou em média por dia (antes do diagnóstico)? ..... (nº de cigarros/dia)
- 7- Com que idade começou a fumar? ..... (Anos)
- 8- Se deixou de fumar, em que idade o fez? ..... (Anos)
- 9- Vive com pessoas que fumam? ..... (Sim/Não)



## Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Este questionário foi construído para ajudar a saber o que sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta ponderada.

**1) Sinto-me tenso/a ou nervoso:**

- ( ) Quase sempre    ( ) Muitas vezes    ( ) Por vezes    ( ) Nunca  
 3                            2                            1                            0

**2) Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- ( ) Tanto como antes    ( ) Não tanto agora    ( ) Só um pouco    ( ) Quase nada  
 0                            1                            2                            3

**3) Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**

- ( ) Sim, e muito forte    ( ) Sim, mas não tão forte    ( ) Um pouco, mas não me aflige    ( ) De modo algum  
 3                            2                            1                            0

**4) Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- ( ) Tanto como antes    ( ) Não tanto como antes    ( ) Muito menos agora    ( ) Nunca  
 0                            1                            2                            3

**5) Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- ( ) A maior parte do tempo    ( ) Muitas vezes    ( ) Por vezes    ( ) Quase nunca  
 3                            2                            1                            0

**6) Sinto-me animado/a:**

- ( ) Nunca    ( ) Poucas vezes    ( ) De vez em quando    ( ) Quase sempre  
 3                            2                            1                            0

**7) Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**

- ( ) Quase sempre    ( ) Muitas vezes    ( ) Por vezes    ( ) Nunca  
 0                            1                            2                            3

**8) Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**

- ( ) Quase sempre    ( ) Muitas vezes    ( ) Por vezes    ( ) Nunca  
 3                            2                            1                            0

**9) Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que sinto um aperto no estômago:**

- ( ) Nunca    ( ) Por vezes    ( ) Muitas vezes    ( ) Quase sempre  
 0                            1                            2                            3

**10) Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:**

- ( ) Completamente    ( ) Não dou a atenção que devia    ( ) Talvez cuide menos que antes  
 3                            2                            1

- ( ) Tenho o mesmo interessa de sempre

0



# DADOS CLÍNICOS

**Idade:** ..... (Anos)

**Sexo:** ..... (M/F)

**Data diagnóstico:** ..... /..... (mês/ano)

**Estadiamento Inicial:**

- NMIBC (Ta, T1, CIS, CIS+T1, CIS+ Ta) .....
- MIBC (T2, T3, T4) .....

**Tratamentos:**

- Ressecção trans-uretral (RTU) .....
- Ressecção trans-uretral + instilações terapêuticas .....
- Cistectomia .....
- QT

**Nº de Ressecções trans-uretrais:**

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....
- > 5 .....