

Questionário para pacientes que injetam medicamentos para diabetes

Código:

Para ser
completado pelo
seu enfermeiro

Código de telefone
do país

/

Número do centro

/

Número do paciente
(na sequência de 1-25)

Este questionário é voluntário e completamente anônimo. Se você optar por não participar seu tratamento não será afetado de maneira alguma. Pessoas que injetam insulina ou outro medicamento para diabetes por pelo menos 6 meses estão convidadas a participar. A informação que você fornecer será utilizada para melhorar o treinamento e a educação de todas as pessoas que injetam medicamentos para controlar o seu diabetes.

1. Sexo? Feminino Masculino
2. Idade? _____ Anos
3. Peso? _____ kg
4. Altura? _____ cm
5. Como você se descreve?
 - Adulto que realiza autoaplicação (18 anos ou mais)
 - Adolescente que realiza autoaplicação (13-17 anos)
 - Criança que realiza autoaplicação (< 13 anos)
 - Pais que realizam aplicação no seu filho
6. Há quanto tempo você tem diabetes?
 - > 6 meses mas <1 ano – indicar o número de meses: _____ meses
 - ≥1 ano – indicar o número de anos: _____ ano (s)
7. Quantos anos você tinha quando foi diagnosticado com diabetes? _____ anos
8. Qual tipo de tratamento você está atualmente realizando para o seu diabetes (e há quanto tempo)? (Assinale todas as respostas que se aplicam)
 - Comprimidos (_____ anos ou _____ meses)
 - Insulina (_____ anos ou _____ meses)
 - Agonista do receptor GLP-1 como Byetta ou Victoza (_____ anos ou _____ meses)
9. Qual dispositivo você normalmente utiliza para injetar? (Assinale todas as respostas que se aplicam)
 - Seringa
 - Caneta
 - Outro (ex. bomba de insulina)

10. Qual a quantidade total de injeções você realiza por dia?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- Mais de 7

11. Qual o comprimento da agulha você atualmente utiliza para injetar (Assinale todas as respostas que se aplicam)?

- 12.7 mm
- 12 mm
- 10 mm
- 8 mm
- 6 mm
- 5 mm
- 4.5 mm
- 4mm
- Não sei

12. O comprimento da sua agulha mudou desde que você iniciou as injeções?

- Sim
- Não

13. Se sim, você sabe porque o comprimento mudou (Assinale todas as respostas que se aplicam)?

- Para realizar injeções mais confortáveis
- Para reduzir o risco de injetar no músculo
- Para reduzir o risco de hipoglicemia
- Não sei

14. Quais locais de injeção você usa (Assinale todas as respostas que se aplicam)?

- Abdômen
- Coxas
- Nádegas
- Braço

15. Se você utiliza mais de um local, ordene-os de 1 a 4 de acordo com a frequência utilizada: mais frequente = 1; 2º mais frequente = 2, etc.?

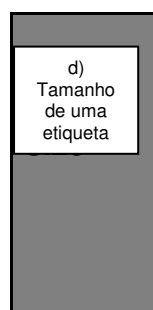
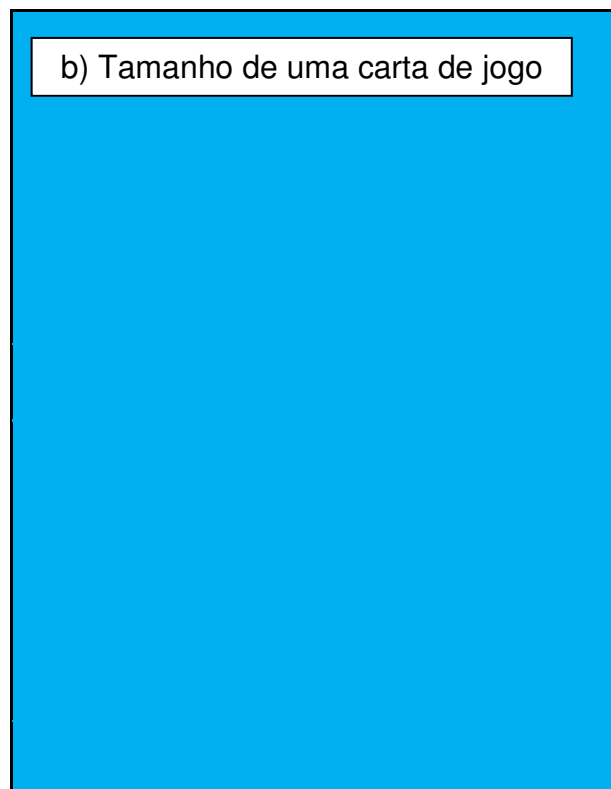
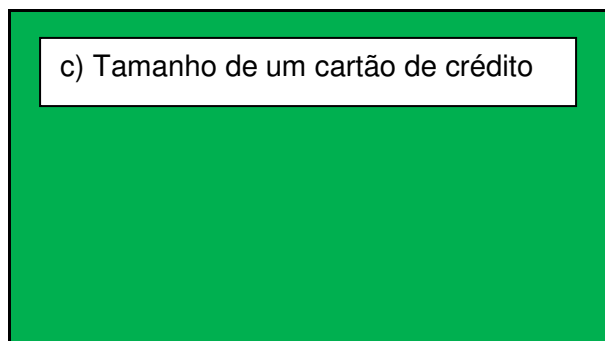
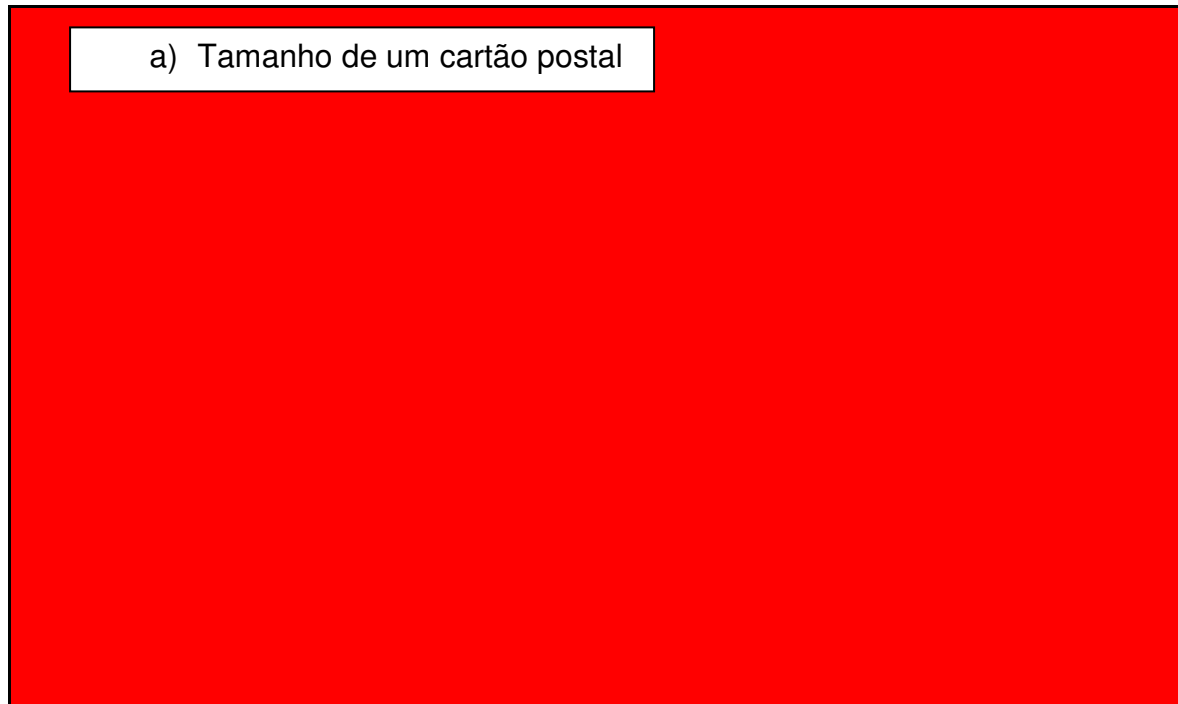
- _____ Abdômen
- _____ Coxas
- _____ Nádegas
- _____ Braço

16. Como você escolhe o local para injetar?

- Eu sempre injeto no mesmo local no mesmo horário do dia (ex. pela manhã injeção sempre no abdômen)
- Eu injeto no mesmo local por um dia inteiro
- Eu injeto no mesmo local por alguns dias
- Eu escolho o local de acordo com minha atividade física
- Eu escolho o local de acordo com meu programa de rodízio (ou plano)
- Eu não tenho rotina específica de injeção a respeito do local
- Eu escolho o local que dói menos

17. Na questão 14, você especificou os locais de injeção que você utiliza. Na tabela abaixo, escolha o que melhor representa o tamanho da área das suas injeções:

	VERMELHO	AZUL	VERDE	CINZA
Abdômen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coxas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nádegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Você realiza rodízio dos locais de injeção?
- Sim
 - Não
19. Se sim, como você descreveria (Assinale todas as respostas que se aplicam)?
- Eu vou e retorno do lado direito do meu corpo para o lado esquerdo
 - Eu movo de um local de injeção para outro
 - Eu injeto a distância de um dedo (1 cm) de onde eu injetei anteriormente
 - Minhas injeções formam um círculo em volta dos meus locais de injeção
 - Minhas injeções formam uma linha através dos meus locais de injeções.
20. Você apresenta algum inchaço ou caroços sob a pele nos seus locais usuais de injeção que estão presentes por algum tempo (semanas, meses ou anos)?
- Sim
 - Não
21. Se sim, em qual local (is)?
- Abdômen
 - Coxas
 - Nádegas
 - Braços
22. Você injeta nestes inchaços ou caroços?
- Sempre
 - Algumas vezes
 - Nunca
23. Se sim, por favor indique porque você injeta neles (assinale todas que são apropriadas)
- É conveniente
 - É menos doloroso
 - Apenas um hábito (Eu sempre injeto neste lugar)
 - Não sei
24. **Se você usa caneta**, quanto tempo você deixa a agulha sob a pele após a injeção?
- < 5 seg
 - 5 – 10 seg
 - > 10 seg
 - Eu não estou ciente de quanto tempo
25. Antes da injeção você limpa a pele com desinfetante (ex. álcool)?
- Sim
 - Não
26. Antes de inserir a agulha no frasco ou colocar a agulha na caneta, você limpa a borracha com desinfetante (ex. álcool)?
- Sim
 - Não

- 27. Se você usa caneta,** você utiliza sua agulha para caneta mais de uma vez?
- Sim
 - Não
- 28. Se sim, quantas vezes** você utiliza a mesma agulha para caneta?
- 2 vezes
 - 3 a 5 vezes
 - 6 a 10 vezes
 - Mais de 10 vezes
- 29. Se você utiliza a agulha para caneta mais de uma vez, por que** você o faz (assinale todas as respostas apropriadas)?
- Porque você não tem outra agulha para caneta disponível
 - Para economizar dinheiro
 - Para evitar excesso de resíduos (preocupação ambiental)
 - Por conveniência
- 30. Se você utiliza seringa,** você injeta com ela mais de uma vez?
- Sim
 - Não
- 31. Se sim, quantas vezes** você utiliza a mesma seringa?
- 2 vezes
 - 3 a 5 vezes
 - 6 a 10 vezes
 - Mais de 10 vezes
- 32. Se você utiliza a seringa mais de uma vez, por que** você faz isto (assinale todas as respostas apropriadas)?
- Porque você não possui outra seringa disponível
 - Para economizar dinheiro
 - Para evitar excesso de resíduos (preocupação ambiental)
 - Por conveniência
- 33. Suas injeções são sempre dolorosas?**
- Sim
 - Não
- 34. Se sim, como** você melhor descreveria suas injeções?
- Sempre dolorosa
 - Frequentemente dolorosa (algumas vezes por semana)
 - Algumas vezes dolorosa (algumas vezes por mês)
 - Quase nunca dolorosa (algumas vezes no ano)

35. Quando você tem uma injeção dolorosa, a que você atribui? (assinale todas que podem ser apropriadas)
- O local de injeção (ex. Eu posso ter atingido um nervo)
 - A quantidade ou volume injetado
 - Eu já utilizei a agulha antes
 - Minha técnica de injeção não estava certa
 - A temperatura da droga injetada
 - Eu não sei
36. Seus locais de aplicação sempre sangram ou parece lesionado?
- Sim
 - Não
37. Se sim, com qual frequência a injeção causa sangramento ou lesão?
- Sempre
 - Frequentemente (várias vezes por semana)
 - Algumas vezes (várias vezes por mês)
 - Quase nunca (várias vezes por ano)
38. A insulina costuma vazar no local de aplicação na pele?
- Sim
 - Não
39. Se sim, com qual frequência o líquido vaza da pele no local de aplicação?
- Sempre
 - Frequentemente (várias vezes por semana)
 - Algumas vezes (várias vezes por mês)
 - Quase nunca (várias vezes por ano)
40. Existe alguma gota/vazamento de insulina **na ponta de sua agulha** depois da injeção?
- Sim
 - Não
41. Se sim, com qual frequência você identifica este vazamento da agulha?
- Todas as vezes que eu injeto
 - Frequentemente (várias vezes por semana)
 - Algumas vezes (várias vezes por mês)
 - Quase nunca (várias vezes por ano)
42. Você injeta através da sua roupa?
- Sim
 - Não
43. Se sim, com qual frequência você injeta através da sua roupa?
- Sempre
 - Frequentemente (várias vezes na semana)
 - Algumas vezes (várias vezes no mês)
 - Quase nunca (várias vezes no ano)

44. Se você utiliza insulina leitosa (Insulina NPH, N ou pré-mistura), você homogeneiza a insulina antes da utilização?
- Sim
 - Não
45. Se sim, antes da injeção quantas vezes em média você rola e/ou inclina a caneta ou o frasco de insulina? _____ vezes
46. Onde você armazena sua insulina **antes** de iniciar a utilização da caneta ou do frasco?
- Refrigerador
 - Banheiro, bolsa, gaveta ou outros – temperatura ambiente
47. Onde você armazena sua insulina **depois** de iniciar a utilização da caneta ou do frasco?
- Refrigerador
 - Banheiro, bolsa, gaveta ou outros – temperatura ambiente
48. Se você armazena a insulina que está em uso no refrigerador, você espera até que ela atinja a temperatura ambiente antes da injeção?
- Sim
 - Não
49. Você sempre utiliza seu frasco de insulina ou refil depois da data de vencimento?
- Sim
 - Não
 - Eu normalmente não acompanho a data de vencimento da minha insulina
50. Como você descarta sua agulha para caneta/seringas?
- Em um recipiente especial para perfurocortantes
 - Em um recipiente caseiro assim como uma garrafa vazia
 - No lixo com a capa protetora
 - No lixo sem reencapar
 - Eu desconecto e descarto a agulha
51. Se você descarta em um recipiente, o que você faz com o recipiente?
- Coloca no lixo
 - Leva até a farmácia
 - Leva até o consultório médico
 - Leva até o laboratório
 - Leva até o hospital ou clínica
 - Leva até o depósito local ou serviço de coleta
 - Nenhuma das alternativas anteriores
52. Você perde ou pula alguma injeção?
- Sim
 - Não

53. Se sim, com qual frequência isto acontece?

- Frequentemente (várias vezes por semana)
- Algumas vezes (várias vezes por mês)
- Quase nunca (várias vezes por ano)

54. Qual (is) é (são) a (s) razão (ões) usual (is) para pular uma injeção? (assinale todas as que se aplicam)

- Eu esqueci
- Eu não comi
- Eu estava doente (ex. náusea e vômito)
- Eu apenas não queria injetar
- Minha glicemia estava muito baixa

55. Quem te ensinou como realizar as suas injeções?

- Enfermeiro generalista
- Enfermeiro em Diabetes
- Educador em Diabetes
- Médico (generalista)
- Médico (especialista em Diabetes)
- Farmacêutico
- Um representante da caneta ou fabricante da agulha

56. Com que frequência o enfermeiro ou o médico examinam seus locais de injeção?

- Rotineiramente em todas as visitas. Especifique em qual frequência isto acontece: a cada _____ meses
- Uma vez no ano
- Apenas se eu reclamar de um problema no local
- Eu não lembro se meus locais já foram checados

57. Assinale SIM se o assunto foi abordado quando você aprendeu sobre injeções ou a qualquer momento desde então. Assinale a última coluna se você sente que precisa de mais treinamento naquele assunto.

	Sim	Ainda necessita de mais treinamento
Locais de injeção (ex. coxas, braços, nádegas, abdômen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espessura da pele e profundidade apropriada da injeção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimento da agulha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como realizar a prega subcutânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto tempo manter a prega subcutânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ângulo de inserção da agulha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto tempo manter a agulha na pele após a injeção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodízio a respeito dos locais de injeção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevenção de bolhas na seringa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mistura de insulina na seringa (para usuários de seringa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homogeneização de insulina leitosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso único de agulhas para caneta/seringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descarte seguro de perfurocortantes (agulhas para caneta, seringas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 58.** Quando foi a última vez que você recebeu ou revisou instruções sobre injeções?
- Dentro dos últimos 6 meses
 - Dentro de 6-12 meses
 - Alguma vez no (s) ultimo (s) 1 a 5 ano (s)
 - Alguma vez nos últimos 5 a 10 anos
 - Nunca
- 59.** Nos últimos 6 meses você teve experiência com hipoglicemia (baixo açúcar no sangue)?
- Sim
 - Não
- 60.** Se sim, quantas vezes nos últimos seis meses você teve hipoglicemia tão severa que você necessitou de assistência de uma outra pessoa?
- Nenhuma
 - 1 a 2 vezes
 - 3 a 5 vezes
 - Mais de 5 vezes
- 61.** Você precisou de assistência médica ou hospitalar durante algum desses episódios de hipoglicemia?
- Sim
 - Não
- 62.** Qual frequência você realiza teste de ponta de dedo para checar sua glicemia?
- Mais de 4 vezes no dia
 - 3 a 4 vezes no dia
 - 1 a 2 vezes no dia
 - Várias vezes na semana
 - Eu raramente ou nunca checo a glicemia
- 63.** Alguma vez você teve que ser internado em um hospital, unidade de emergência ou clínica por causa de cetoacidose diabética ou coma diabético?
- Sim
 - Não
- 64.** Se sim, por favor indique o tempo de internação por esse problema?
- Eu tive esse problema mas apenas quando eu tive o primeiro diagnóstico
 - Eu tive esse problema mas não nos últimos seis meses
 - Eu tive esse problema inclusive nos últimos seis meses
- 65.** Você tem hiperglicemia frequente (valor de glicemia maior que 250 mg/dL)?
- Sim
 - Não

66. Se sim, por favor indique a frequência da hiperglicemia?
- Mais de 5 vezes/semana
 - 3 a 5 vezes/semana
 - 1 a 2 vezes/semana
 - Um episódio ocasional (menos de 4 vezes/mês)
67. Existe alguém de seu conhecimento que possa ter se ferido acidentalmente com um de seus perfurocortantes (agulha ou lanceta)?
- Sim
 - Não
68. Caso positivo, por favor identifique as pessoas em risco. (assinale quantas forem apropriadas)
- Filhos
 - Outros membros da família (ex.: esposa)
 - Enfermeiro ou outro profissional
 - Empregado doméstico ou lixeiro
69. Alguma dessas pessoas já teve algum ferimento acidental com um dos seus perfurocortantes de diabetes?
- Sim
 - Não
70. Por gentileza indique por que estas pessoas podem estar em risco? (assinale quantas forem apropriadas)
- Eu não utilizo dispositivos que previnem lesões a outros (dispositivos de segurança)
 - Eu não tenho recipientes de descarte apropriados para meus perfurocortantes
 - Perfurocortantes utilizados são ocasionalmente deixados em locais aonde outros podem se cortar
 - Eu sou positivo para hepatite ou outra doença transmissível por sangue

Obrigado pela atenção