

SÍNDROMA DOS EDIFÍCIOS DOENTES

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Processo nº

Localização do edifício:

Nome Data de nascimento

Sexo M F Profissão Telefone(s)

Sinais e sintomas (assinale com uma X no quadrado respectivo):

	NÃO	SIM
Letargia (astenia/fadiga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleias (dores de cabeça)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrução nasal (nariz entupido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NÃO	SIM
Sensação de garganta seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritação ocular (lacrimação, olhos vermelhos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cutâneos: face, lábios, braços, mãos (pele seca, comichão, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros sinais e sintomas? Quais? (p. f. especifique)	
1-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
2-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
3-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
4-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
5-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
6-	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Tem conhecimento de outros funcionários/profissionais com sinais e sintomas semelhantes, no local de trabalho? NÃO SIM

Se a resposta à pergunta anterior foi SIM , por favor indique o nome e ocupação/profissão daqueles funcionários	
1-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
2-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
3-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
4-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
5-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
6-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
7-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
8-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
9-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
10-	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Tem alguma patologia/doença/situação que o(a) torne mais susceptível a problemas e/ou alterações ambientais? NÃO SIM

Se a resposta à pergunta anterior foi **SIM**, por favor assinale as situações/doenças com uma **X** nos quadrados respectivos:

Doença cardiovascular crónica	Problemas/alterações do sistema imunitário	Uso de lentes de contacto
Doença respiratória crónica	Submissão a quimo/radioterapia	Outras doenças? Quais?
Doença neurológica crónica	Alergias (Quais? _____)	

(continua no verso)

Padrão temporal dos sinais/sintomas (p.f. especifique):

Quando <u>começaram</u> os seus sinais e sintomas? (p.f. especifique o dia, o mês e o ano)
Durante o dia ocorre algum <u>agravamento</u> dos seus sinais e sintomas? Se SIM, quando?
Durante o dia existem períodos em que os seus sinais e sintomas <u>desaparecem</u> ? Se SIM, quando?
Já se apercebeu da existência de acontecimentos/situações que parecem ocorrer no mesmo período que os seus sinais e sintomas, tais como alterações climatéricas, da temperatura ou da humidade, ou certas actividades no local de trabalho? Se SIM, quais e quando?

Padrão espacial dos sinais/sintomas (p.f. especifique):

Aonde se encontra quando ocorrem os seus sinais e sintomas? (edifício, sala, corredor, ou outro local)
No local de trabalho, aonde passa a maior parte do tempo? (edifício, sala, corredor, ou outro local)

Informação adicional:

Tem alguns comentários a fazer sobre eventuais condições e/ou situações verificadas no edifício onde trabalha, que pareçam necessitar de atenção especial, ou que possam ajudar a explicar o aparecimento dos seus sinais e sintomas? (por exemplo, temperatura, humidade, ventilação/estagnação do ar, odores, etc.)
Considerando os seus sinais e sintomas, já recorreu a algum médico e/ou outro profissional de saúde ? Se SIM, quando, a quem e qual foi a (eventual) medicação prescrita?
Comentários adicionais:

Obrigado