**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:
Crohn’s Disease V2.1 (WPAI: CD)**

**Questionário sobre a Produtividade no Trabalho e Dificuldade em Realizar Atividades:**

**Doença de Crohn V2.1 (WPAI:CD)**

As perguntas seguintes referem-se ao efeito da doença de Crohn na sua capacidade de trabalhar e de realizar atividades normais. *Preencha os espaços em branco ou assinale com um círculo um número, conforme indicado*.

1. Você está empregado no momento (recebe salário)? \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ SIM

*(Se NEGATIVO, assinale “NÃO” e passe para a pergunta 6)*

As próximas perguntas referem-se aos **últimos sete dias**, sem incluir o dia de hoje.

2. Durante os últimos sete dias, quantas horas de trabalho perdeu devido aos problemas associados com a doença de Crohn? *Inclua as horas perdidas com dias não trabalhados por estar doente, as vezes em que chegou mais tarde ao trabalho, que saiu mais cedo, etc., por causa da doença de Crohn. Não inclua as vezes que faltou ao trabalho para participar neste estudo.*

\_\_\_\_\_HORAS

3. Durante os últimos sete dias, quantas horas de trabalho perdeu por qualquer outro motivo, como férias, feriados ou para participar neste estudo?

\_\_\_\_\_HORAS

4. Durante os últimos sete dias, quantas horas trabalhou efetivamente?

\_\_\_\_\_ HORAS *(Se “0”, passe para a pergunta 6)*

5. Durante os últimos sete dias, até que ponto a doença de Crohn afetou a sua produtividade enquanto estava a trabalhar?

Considere os dias em que ficou limitado em relação à quantidade ou ao tipo de trabalho que pôde realizar, os dias em que realizou muito menos do que gostaria ou os dias em que não conseguiu trabalhar de forma tão cuidadosa como o normal. Se a doença de Crohn apenas afetou um pouco o seu trabalho, escolha um número baixo. Escolha um número alto se a doença de Crohn afetou muito o seu trabalho.

Considere apenas até que ponto a doença de Crohn afetou
a sua produtividade enquanto estava a trabalhar.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A doença de Crohn não teve nenhum efeito sobre o meu trabalho |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | A doença de Crohn impediu-me completamente de realizar o meu trabalho |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ASSINALAR COM UM CÍRCULO

6. Durante os últimos sete dias, até que ponto a doença de Crohn afetou a sua capacidade de realizar as suas atividades diárias normais não relacionadas com o trabalho?

*Atividades normais significam aquilo que faz habitualmente, como tarefas domésticas, fazer compras, cuidar das crianças, fazer exercício, estudar, etc. Considere as vezes em que ficou limitado em relação à quantidade ou ao tipo de atividades que pôde realizar e as vezes em que fez menos do que gostaria. Se a doença de Crohn apenas afetou um pouco as suas atividades normais, escolha um número baixo. Escolha um número alto se a doença de Crohn afetou muito as suas atividades.*

Considere apenas até que ponto a doença de Crohn afetou a sua capacidade de realizar as
suas atividades diárias normais não relacionadas com o trabalho.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A doença de Crohn não teve nenhum efeito sobre as minhas atividades diárias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | A doença de Crohn impediu-me completamente de realizar as minhas atividades diárias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ASSINALAR COM UM CÍRCULO