

Questionário de função intestinal.

O objetivo deste questionário é avaliar seu funcionamento intestinal. Por favor marque apenas uma opção para cada pergunta. Pode ser difícil escolher apenas uma resposta, pois sabemos que os sintomas variaram de um dia para o outro em alguns pacientes. Gostaríamos de pedir-lhe gentilmente que escolha a resposta que melhor descreva sua vida diária. Se você teve recentemente uma infecção que afetou sua função intestinal, por favor não leve isso em consideração e concentre-se em responder as perguntas para refletir sua função intestinal diária usual.

1 - Há ocasiões em que você **não** consegue controlar sua flatulência (gases intestinais)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não, nunca | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana | 4 |
| <input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana | 7 |

2 - Há ocasiões em que você tem vazamento de fezes líquidas sem querer?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não, nunca | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana | 3 |
| <input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana | 3 |

3 - Com que frequência você vai ao banheiro defecar (evacuar fezes)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mais de 7 vezes por dia (24 horas) | 4 |
| <input type="checkbox"/> 4 - 7 vezes por dia (24 horas) | 2 |
| <input type="checkbox"/> 1 - 3 vezes por dia (24 horas) | 0 |
| <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por dia (24 horas) | 5 |

4 - Há ocasiões em que você precisa voltar ao banheiro para defecar (evacuar fezes) novamente num intervalo menor que 1 hora?

- | | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Não, nunca | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana | 9 |
| <input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana | 11 |

5 - Alguma vez você sente uma vontade de ir ao banheiro defecar tão forte que precisa correr para o banheiro?

- | | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Não, nunca | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana | 11 |
| <input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana | 16 |

TOTAL:

0 - 20: Sem LARS

21 - 29: LARS pouco intensa

30 - 42: LARS muito intensa