



**FICHA III**

Monitoramento dos Trabalhadores do Controle de Zoonoses

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: \_\_\_\_\_

Rua/AV: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Questionário - Determinação de Sofrimento Mental SRQ 20**

“Self Report Questionnaire” ou questionário autoaplicável  
(Aplicação prévia à consulta médica)

**Atenção**

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

**Instruções**

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos **30 dias**. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30, dias, responda NÃO.

<b>Principais Sintomas / Sinais</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1	Você tem dores de cabeça frequente?		
2	Tem falta de apetite?		
3	Dorme mal?		
4	Assusta-se com facilidade?		
5	Tem tremores nas mãos?		
6	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?		
7	Tem má digestão?		
8	Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9	Tem se sentido triste ultimamente?		
10	Tem chorado mais do que costume?		
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12	Tem dificuldades para tomar decisões?		
13	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17	Tem tido ideia de acabar com a vida?		
18	Sente-se cansado (a) o tempo todo?		
19	Você se cansa com facilidade?		
20	Têm sensações desagradáveis no estomago?		