

1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS ORAIS														
Nome:							Data:							
SECÇÃO 1														
Instruções: Na tabela seguinte, estão referidos diferentes sintomas. Leia atentamente cada um deles. Se teve o sintoma durante a semana passada, indique: a FREQUÊNCIA com que teve o sintoma, a INTENSIDADE do sintoma em termos gerais e o nível de DESCONFORTO ou INCÓMODO causado; para tal, deve assinalar com um “X” na caixa apropriada. Se NÃO TEVE o sintoma, assinale com um “X” na caixa designada “NÃO TIVE”.														
DURANTE OS ÚLTIMOS SETE DIAS Teve algum dos seguintes sintomas?	NÃO TIVE	SE SIM Com que FREQUÊNCIA teve o sintoma?				SE SIM Qual a INTENSIDADE do sintoma?				SE SIM Que nível de DESCONFORTO ou INCÓMODO lhe causou?				
		Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Ligeiro	Moderado	Grave	Muito Grave	Nenhum	Pouco	Algum	Bastante	Muito
Boca seca														
Desconforto / dor na boca														
Desconforto nos lábios														
Lábios gretados														
Gretas nos cantos da boca														
Alterações no paladar														
Dificuldade em mastigar														
Dificuldade em engolir														
Dificuldade em falar														

SECÇÃO 2

Se teve algum outro sintoma a nível oral durante a semana passada, indique-o(s) abaixo, e indique a FREQUÊNCIA com que teve o sintoma, a INTENSIDADE do sintoma em termos gerais e o nível de DESCONFORTO ou INCÓMODO causado, assinalando com um "X" na caixa apropriada.

[illegible]