

VoiSS- Escala de Sintomas de Voz

Nome.....

Data de Nascimento.....

Data...../...../.....

Desenhe um círculo à volta de uma resposta em cada item

Não deixe itens em branco

1.	Sente dificuldades em chamar a atenção das outras pessoas?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
2.	Sente dificuldades em cantar?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
3.	Tem dores de garganta?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
4.	Sente a voz rouca?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
5.	Quando fala, as pessoas sentem dificuldades em ouvi-lo?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
6.	Costuma ficar sem voz?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
7.	Costuma tossir ou pigarrear?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
8.	Tem a voz fraca?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
9.	Tem dificuldades em falar ao telefone?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
10.	Sente-se infeliz ou deprimido devido ao seu problema de voz?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
11.	Sente que tem algo “preso” na garganta?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
12.	Sente as amígdalas inchadas?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
13.	Tem vergonha do seu problema de voz?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
14.	Sente-se cansado depois de falar?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
15.	O seu problema de voz deixa-o(a) tenso(a) ou nervoso(a)?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
16.	Tem dificuldades em elevar a voz quando existe barulho de fundo?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre

Virar Por Favor ⇒

VoiSS

Desenhe um círculo à volta da resposta correcta em cada item

Não deixe itens em branco

17.	Não consegue gritar ou falar alto?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
18.	O seu problema de voz é constrangedor para a sua família e amigos?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
19.	Costuma ter expetoração na garganta?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
20.	O som da sua voz sofre variações durante o dia?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
21.	A sua voz irrita os outros?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
22.	Costuma ter o nariz “entupido”?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
23.	Costumam perguntar-lhe o que há de errado com a sua voz?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
24.	A sua voz soa áspera, rouca e/ou com “falhas”?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
25.	Sente que faz esforço para falar?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
26.	Com que frequência sofre de infeções na garganta?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
27.	Sente que a sua voz vai desaparecendo enquanto está a falar?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
28.	A sua voz faz com que se sinta incompetente?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
29.	Sente-se envergonhado(a) devido ao seu problema de voz?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre
30.	Sente-se sozinho(a) devido ao seu problema de voz?	Nunca	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Muitas vezes	Sempre

Obrigado por ter concluído o questionário
Desenhou um círculo à volta da resposta em cada item?

Para utilização administrativa:

Total VoiSS=.....
Incapacidade: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 27 (máx. 60) =
Emocional: 10, 13, 15, 18, 21, 28, 29, 30 (máx. 32) =
Físico: 3, 7, 11, 12, 19, 22, 26 (máx. 28) =