**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Idade: \_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Com quantos anos você foi diagnosticado (a) com Síndrome do Túnel do Carpo?
2. Você realizava algum esforço repetitivo antes de ser diagnosticado com a Síndrome do Túnel do Carpo? Qual?
3. Quais suas principais queixas em relação à doença?
4. A patologia trouxe algum prejuízo no seu cotidiano? Se sim, quais?
5. Das atividades citadas acima, qual você considera mais importante?
6. Em uma escala de 0 a 5, qual o nível da sua dor? A dor fica mais intensa à noite?
7. Após o diagnóstico da Síndrome do Túnel do Carpo, seu psicológico ficou abalado? Por quê?
8. De 0 a 5, qual a dificuldade que você sente em realizar as atividades abaixo?

|  |  |
| --- | --- |
| **Atividades de Vida Diária**(vestir-se, deglutir/comer, mobilidade, higiene pessoal, usar vaso sanitário e realizar higiene íntima, cuidado com equipamentos pessoais) |  |
| **Atividades Instrumentais de Vida Diária** (cuidar de outras pessoas, cuidar de animais, dirigir e mobilidade na comunidade, uso de computador e celular, preparo de refeições, cuidar da casa) |  |
| **Descanso e Sono** |  |
| **Educação** |  |
| **Trabalho** (desempenho no trabalho) |  |
| **Lazer** |  |
| **Participação Social** (envolver-se em atividades na comunidade, família e amigos) |  |

1. Você realiza acompanhamento com quais profissionais?
2. Você sabe da importância da terapia ocupacional na melhora do quadro clínico da Síndrome do Túnel do Carpo?