

Prevenção dental no Centro de Dia „Nha Nerina“

Perguntas do inquérito

Nome do beneficiário _____ Dia do inquerito _____

Perguntas ligadas ao higiene da boca	Pontuação	Perguntas ligadas á alimentação	Pontuação
Tens uma propria escova de dentes em casa? Não (0) Sim (2)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Quantas refeições regulares por dia tens? Nenhuma (0) No Centro só (1) Dois (2) Três ou mais (3)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Há pasta de dente em casa? Não (0) Sim (2)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	O que bebes por dia em maior quantidade? Sumo (0) Café/Chá açucarado (0) Café/Chá não açucarado (2) Leite/agua (2)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Outros membros da tua família lavam dentes regularmente? Não (0) Sim (2)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Quantas vezes comes doces ou bolachas por dia? Quase sempre (0) Muitos vezes (0) ca. 2 – 3 vezes (1) Uma vez ou nunca (3)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Escovas dentes? Nunca (0) Ca. uma vez por semana (1) Uma vez por dia (2) Duas ou três vezes por dia (3)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Quantas vezes comes frutas ou legumes? Nunca (0) No Centro só (1) Uma vez por dia (2) 2 ou mais vezes por dia (3)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Ter dentes bonitos e saudaveis na tua vida futura fica ...? sem importância (0) com pouco importância (1) importante (2) com grande importância (3)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
Total	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Total	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>