

Questionário de perturbações da deglutição Swallowing Disturbance Questionnaire (Cohen & Mannor, 2011) Questão	0	1	2	3
	Nunca	Raramente (uma vez por mês ou menos)	Frequentemente (1-7 vezes por semana)	Muito frequentemente (mais do que 7 vezes / semana)
1. Tem dificuldade em mastigar comida sólida como uma maçã, uma bolacha ou um biscoito?				
2. Ficam resíduos de alimentos na sua boca, bochechas, debaixo da língua ou colado ao céu da boca depois de engolir?				
3. A comida ou as bebidas saem pelo seu nariz quando come ou bebe?				
4. A comida cai da sua boca quando está a mastigar?				
5. Sente que tem demasiada saliva na boca; baba-se ou tem dificuldade em engolir a saliva?				
6. Engole várias vezes para que a comida desça pela sua garganta?				
7. Tem dificuldade em engolir comida sólida? (por exemplo, as maçãs ou as bolachas ficam presas na sua garganta?)				
8. Tem dificuldade em engolir comida passada?				
9. Enquanto come, tem a sensação de que fica comida presa na garganta?				
10. Tosse quando engole líquidos?				
11. Tosse quando engole comida sólida?				
12. Imediatamente depois de comer ou beber, sente que a sua voz fica diferente, como se ficasse rouca ou mais fraca?				
13. Noutros momentos, que não as refeições, tem tosse ou dificuldade em respirar devido à entrada de saliva na traqueia (“ir ao gotto”)?				
14. Tem dificuldade em respirar durante as refeições?				
15. Teve alguma infeção respiratória (pneumonia ou bronquite) durante o último ano?	Sim	Não		