**Questionário de Avaliação Sintomática do Lipedema (QuASiL)**

Nome: Data:

Gradue seus sintomas de **0 (não) a 10 (muito)**. se o critério for variável, selecione a intensidade máxima que você sente.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| As áreas afetadas são dolorosas? | | | | | | | | | | | |
| As áreas afetadas são sensíveis ao toque ou à pressão? | | | | | | | | | | | |
| Você tende a ter manchas roxas facilmente e frequentes nas pernas? (Hematomas, esquimoses) | | | | | | | | | | | |
| Você sente “pressão” ou “tensão” nas pernas? | | | | | | | | | | | |
| Sente as pernas “quentes” ou sensação de “queimação”? | | | | | | | | | | | |
| Sente suas pernas frias? | | | | | | | | | | | |
| Tem câimbras musculares? | | | | | | | | | | | |
| Sente peso nas pernas? | | | | | | | | | | | |
| Sente cansaço nas pernas? | | | | | | | | | | | |
| Sente inchaço nas pernas? | | | | | | | | | | | |
| Tem “irritações” na pele? | | | | | | | | | | | |
| Sente coceira? | | | | | | | | | | | |
| Tem dificuldade para caminhar? Alguma limitação de movimento? | | | | | | | | | | | |
| Como a condição afeta sua qualidade de vida? | | | | | | | | | | | |
| Está satisfeita com a aparência das pernas? **(Atenção: 0 muito satisfeita / 10 insatisfeita)** | | | | | | | | | | | |