

## Mapeamento da Vida Real | Pessoas com Displasia Óssea nas Regiões Autónomas da Madeira e Açores

### Informações

**Este questionário é dirigido a adultos/adultas com Displasia Óssea com idade igual ou superior a 18 anos**

#### O que são Displasias Ósseas:

As **Displasias Ósseas (DO)** são doenças raras, vulgarmente conhecidas por “problemas dos ossos ou doenças nos ossos”. São habitualmente acompanhadas de baixa estatura, ainda conhecida como "nanismo" (embora seja uma expressão desadequada) e por alterações da forma ou comprimento dos ossos e/ou articulações. Frequentemente têm causa genética e manifestam-se desde o nascimento.

A **ANDO Portugal** é a Associação Nacional de Displasias Ósseas, fundada em 2015, e conta atualmente com mais de **280 associados** em todo o país.

#### Sobre o questionário:

Este questionário faz parte do projeto **PonteS**, que a ANDO dedica às pessoas que vivem nos Açores e na Madeira. Este projeto centra-se na caracterização da realidade insular de pessoas com Displasia Óssea e famílias, na criação de informação específica e na ativação de comunicação com profissionais de saúde experientes em displasias ósseas.

É **anónimo** e demora **10 a 20 minutos** a ser preenchido. Pedimos a sua participação para conhecer melhor a realidade e as necessidades específicas das pessoas que vivem nos Açores e na Madeira e compreender de que forma as podemos apoiar.

Ao participar, **aceita a recolha e análise das suas respostas** numa base de dados gerida pela **ANDO**, cujos **resultados agregados** poderão ser divulgados futuramente para fins informativos. Se preferir, pode **pedir apoio a um profissional de saúde ou de outra área** para o preenchimento do questionário.

#### Contacto para dúvida e questões:

Em caso de dúvida, contacte Inês Alves através do e-mail **info@andoportugal.org** ou número de telemóvel **910 442 840**.

#### Percebi o objetivo e aceito participar respondendo ao questionário:

Sim       Não

*Para prosseguir deve responder "sim".*

**1. Qual o seu ano de nascimento? (Por favor escreva os quatro algarismos do ano. Por exemplo: 2010) \***

---

**2. Qual o seu sexo? \***

Masculino       Feminino       Prefiro não responder

*Selecione apenas uma opção.*

**3. Em que ilha reside? \***

Madeira (indique município: \_\_\_\_\_)       Porto Santo

São Miguel (indique município: \_\_\_\_\_)       Terceira

Faial       Pico

São Jorge       Santa Maria

Graciosa       Flores

Corvo

*Selecione apenas uma opção.*

**4. De onde é natural? \***

Madeira (indique município: \_\_\_\_\_)       Porto Santo

São Miguel (indique município: \_\_\_\_\_)       Terceira

Faial       Pico

São Jorge       Santa Maria

Graciosa       Flores

Corvo

Outro \_\_\_\_\_

*Selecione apenas uma opção.*

**5. Qual é a sua displasia óssea? \***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acondroplasia                          | <input type="checkbox"/> Displasia de Kniest                              |
| <input type="checkbox"/> Hipocondroplasia                       | <input type="checkbox"/> Displasia fibrosa                                |
| <input type="checkbox"/> Displasia diastrófica                  | <input type="checkbox"/> Síndrome de McCune-Albright                      |
| <input type="checkbox"/> Pseudocondroplasia                     | <input type="checkbox"/> Displasia epifisária múltipla                    |
| <input type="checkbox"/> Osteogénesis imperfeita                | <input type="checkbox"/> Hipoplasia cartilagem cabelo                     |
| <input type="checkbox"/> Displasia cleidocraniana               | <input type="checkbox"/> Hipofosfatémia ligada ao X                       |
| <input type="checkbox"/> Displasia campomélica                  | <input type="checkbox"/> Síndrome 3M                                      |
| <input type="checkbox"/> Displasia metatrópica                  | <input type="checkbox"/> Condrodisplasia metafísaria tipo Schmid          |
| <input type="checkbox"/> Fibrodisplasia ossificante progressiva | <input type="checkbox"/> Hipofosfatásia                                   |
| <input type="checkbox"/> Picnodisostose                         | <input type="checkbox"/> Displasia espondiloepifisária congénita (SEDC)   |
| <input type="checkbox"/> Opsismodiplasia                        | <input type="checkbox"/> Displasia espondiloepimetafísaria tipo Strudwick |
| <input type="checkbox"/> Osteocondromas múltiplos               | <input type="checkbox"/> Ainda sem diagnóstico                            |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____                           |   |

*Selecionar apenas uma opção.*

**6. Como foi feito o diagnóstico da Displasia Óssea? \***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avaliação do médico/clínico      | <input type="checkbox"/> Exames laboratórios (sangue/ urina)               |
| <input type="checkbox"/> Radiografia simples do esqueleto | <input type="checkbox"/> Teste genético                                    |
| <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética            | <input type="checkbox"/> História Familiar e exame clínico                 |
| <input type="checkbox"/> TAC                              | <input type="checkbox"/> História Familiar, exame clínico e teste genético |
| <input type="checkbox"/> Exame oftalmológico              | <input type="checkbox"/> Não sei   |
| <input type="checkbox"/> Exame auditivo                   | <input type="checkbox"/> Outro: _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Estudo cardíaco                  |  |

*Selecionar todas as opções que se adequem.*

**7. Em que ano obteve o diagnóstico?** Caso ainda não tenha diagnóstico, responda "não aplicável" \*

---

**8. Há mais pessoas na sua família com o mesmo diagnóstico, com baixa estatura e/ou problemas nos ossos ou ossos frágeis? \***

- |                              |                                      |                                  |   |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Filho/filha | <input type="checkbox"/> Avó/avô | <input type="checkbox"/> Primo/prima    |
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Irmão/irmã  | <input type="checkbox"/> Tio/tia | <input type="checkbox"/> Não, sou só eu |

*Selecionar todas as opções que se adequem.*

**9. Quantos filhos tem? \***

- |                            |                            |                                    |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4         |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> mais de 4 |

**10. Quantos filhos tem com displasia óssea?** Caso tenha respondido “0” (zero) na pergunta anterior salte esta pergunta. \*

- |                            |                            |                                    |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4         |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> mais de 4 |

**11. Em quantos hospitais/centro de saúde tem acompanhamento clínico (consultas, terapias, etc.) relacionado com a sua Displasia Óssea?\***

- |   |                            |                                    |
|---|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não tenho acompanhamento | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4         |
| <input type="checkbox"/> 1                        | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Mais de 4 |

**12. Indique todos os tipos de estabelecimento de saúde em que tem acompanhamento clínico relacionado com a sua Displasia Óssea?** Caso tenha respondido “Não tenho acompanhamento” na pergunta anterior, salte esta pergunta.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital local  | <input type="checkbox"/> Hospital no continente | <input type="checkbox"/> Hospital noutra ilha |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Outro _____            |   |

*Selecionar todas as opções que se adequem.*

**13. Com que profissional de saúde tem acompanhamento regular?** Caso tenha respondido “Não tenho acompanhamento” na pergunta 9, salte esta pergunta.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico do Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Psicólogo             |
| <input type="checkbox"/> Médico no hospital        | <input type="checkbox"/> Nutricionista         |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta            | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro                | <input type="checkbox"/> Outro _____           |

*Selecionar todas as opções que se adequem.*

**14. Indique a especialidade do profissional de saúde com quem tem acompanhamento regular.** Caso tenha respondido “Não tenho acompanhamento” na pergunta 9, salte esta pergunta.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Genética Médica                             | <input type="checkbox"/> Psiquiatria               |
| <input type="checkbox"/> Fisiatria/Medicina Física e de Reabilitação | <input type="checkbox"/> Reumatologia              |
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna                            | <input type="checkbox"/> Obstetrícia e Ginecologia |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia                                  | <input type="checkbox"/> Ortopedia                 |
| <input type="checkbox"/> Neurologia                                  | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia      |
| <input type="checkbox"/> Oncologia                                   | <input type="checkbox"/> Urologia                  |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologia                                | <input type="checkbox"/> Não sei                   |
| <input type="checkbox"/> Pediatria                                   | <input type="checkbox"/> Outro _____               |
| <input type="checkbox"/> Pneumologia                                 |  |

*Selecionar apenas uma opção*

**15. Em que especialidade ou terapia tem mais dificuldade em conseguir consultas quando necessita ou acompanhamento continuado? Pode indicar mais do que uma, se for o caso.**

---

---

---

---

**16. Já teve consulta de genética médica? \***

- Sim, mas de momento não tenho
- Sim, tive, e continuo a ser acompanhado por geneticista
- Não, mas está agendada
- Não
- Não e desconhecia este tipo de consulta

*Seleciona apenas uma opção*

**17. Já teve consulta na qual tenha recebido informação sobre a Displasia Óssea, incluindo seguimento, probabilidade de recorrência no contexto familiar e hereditariedade, eventuais opções reprodutivas disponíveis, associações de doentes e apoio psicossocial? \***

- Sim
- Não
- Não e desconhecia este tipo de consulta

*Seleciona apenas uma opção*

**18. Estaria interessado/a em ter uma consulta com as características descritas na pergunta anterior? \***

- Sim
- Não

**19. Em que tipo de zona reside? \***

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zona montanhosa/sinuosa | <input type="checkbox"/> Pequena povoação |
| <input type="checkbox"/> Zona plana              | <input type="checkbox"/> Cidade/Vila      |
| <input type="checkbox"/> Casa isolada            | <input type="checkbox"/> Outro _____      |

*Seleciona todas as opções que se adequem.*

**20. Qual o tipo de estradas entre a sua casa e o hospital/centro de acompanhamento? \***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estradas de asfalto                | <input type="checkbox"/> Estradas de terra |
| <input type="checkbox"/> Estradas de difícil acesso/sinuosa | <input type="checkbox"/> Outro _____       |

*Seleciona todas as opções que se adequem.*

**21. Quantos km viaja de sua casa até ao hospital/centro de saúde de acompanhamento?\***

*Indique apenas o número.*

**22. Como se desloca para as consultas/tratamentos no hospital/centro de saúde, onde recebe cuidados? \***

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viatura própria                               | <input type="checkbox"/> Barco       |
| <input type="checkbox"/> Viatura de familiar, amigo, vizinho           | <input type="checkbox"/> Avião       |
| <input type="checkbox"/> Ambulância, transporte não urgente de doentes | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

*Selecionar todas as opções que se adequem.*

**23. Tem ajuda para ir às consultas, por exemplo, transporte ou apoio financeiro? \***

- Sim

Se sim, indique que tipo de apoio ou apoios recebe:

- Não

**24. Que tipo de apoio gostaria de receber para deslocações às consultas?**

---

---

---

**25. Usa algum produto de apoio para se deslocar? \***

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não                       | <input type="checkbox"/> Andarilho   |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas          | <input type="checkbox"/> Bengala     |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas elétrica | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

*Selecionar as opções que se adequem.*

**26. Qual o seu nível de autonomia/independência para as seguintes atividades da vida diária? \***

	Sou independente	Com apoio de outra pessoa	Com objeto de apoio	Com apoio de pessoa e objeto	Não aplicável
Tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calçar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cozinhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduzir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Objetos de apoio podem ser: óculos, aparelho auditivos, calçadeiras, pinças, ganchos, tábua de transferência, etc.*

**27. Já solicitou produtos de apoio para a sua vida diária? (por exemplo: adaptações para a casa de banho, pinça extensível, cadeira de rodas, andarilho, etc.) \***

- Sim e já recebi produtos de apoio       Não  
 Sim, mas nunca recebi produtos de apoio       Não sei o que são produtos de apoio

*Selecione apenas uma opção.*

**28. Nos últimos 12 meses, quantas consultas relacionadas com a sua Displasia Óssea, teve na ilha onde vive? \***

- Nenhuma       6 a 9  
 1 a 2       Mais de 10  
 3 a 5

*Selecione apenas uma opção.*

**29. Em que especialidades teve estas consultas, caso se aplique? Caso tenha respondido “Nenhuma” na pergunta anterior, salte esta pergunta.**

---

---

---

**30. Considera que teve as consultas/terapias de que necessitava na ilha onde reside? \***

- Sim       Não

**31. Porque motivo não teve as consultas/terapias que necessita? Caso tenha respondido "sim" na pergunta anterior, salte esta pergunta. \***

- Não há essa especialidade na ilha onde vivo
  - Não consegui ir à consulta para não faltar à escola ou ao trabalho
  - Porque os meus pais não podiam faltar ao trabalho
  - Por motivos económicos
  - Só há consulta noutra ilha/no continente e não tenho capacidade financeira para ir
  - Pela dificuldade de deslocação do local onde vivo
  - Outro \_\_\_\_\_

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**32. Nos últimos 12 meses, quantas consultas ou exames relacionados com a sua Displasia Óssea, teve fora da ilha onde reside? \***

- Nenhuma  6 a 9

1 a 2  Mais de 10

3 a 5

*Selecione apenas uma opção.*

**33. Nos últimos 12 meses, teve acompanhamento em alguma das seguintes terapias, relacionado com a sua Displasia Óssea, na ilha onde reside? \***



*Selecione todas as opções que se adequem.*

**34. Já teve alguma consulta/terapia em hospital ou clínica particular ou privada, relacionada com a displasia óssea?**

- Sim       Não

**35. Quantas consultas/terapias particulares ou privadas teve nos últimos 12 meses?** Caso tenha respondido “Não” na pergunta anterior, salte esta pergunta.

---

*Indique o número (por ex: 5)*

**36. Em média, quanto gastou por consulta particular (consulta e despesas de viagem)?**

Caso tenha respondido “Não” na pergunta 34, salte esta pergunta.

---

*Indique o custo médio por consulta em EUROS (por ex: 150)*

**37. No que diz respeito à sua Displasia Óssea, como avalia o grau de dificuldade no acesso a cuidados de saúde especializados, na ilha onde reside? \***

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma  | <input type="checkbox"/> Alta       |
| <input type="checkbox"/> Baixa    | <input type="checkbox"/> Muito alta |
| <input type="checkbox"/> Moderada |                                     |

*Selecionar apenas uma opção.*

**38. A nível da sua saúde mental e bem-estar emocional, como se sente atualmente? \***

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito bem | <input type="checkbox"/> Mal       |
| <input type="checkbox"/> Bem       | <input type="checkbox"/> Muito mal |
| <input type="checkbox"/> Razoável  |                                    |

*Selecionar apenas uma opção.*

**39. Tem apoio ou acompanhamento psicológico? \***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim                                  | <input type="checkbox"/> Não, porque não me sinto à vontade |
| <input type="checkbox"/> Não, porque não considero necessitar | <input type="checkbox"/> Outro _____                        |

*Selecionar apenas uma opção.*

**40. Qual o seu nível de escolaridade atual ou último nível concluído?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1.º Ciclo do Ensino Básico | <input type="checkbox"/> Licenciatura  |
| <input type="checkbox"/> 2.º Ciclo do Ensino Básico | <input type="checkbox"/> Pós Graduação |
| <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo do Ensino Básico | <input type="checkbox"/> Mestrado      |

- Ensino Secundário       Doutoramento  
 Curso Profissional       Pós Doutoramento  
 Não sei/não se aplica

*Selecione apenas uma opção*

**41. Atualmente é estudante??**

- Sim       Não

**42. Qual a distância de sua casa à escola? Indique os km aproximados? Caso tenha respondido “Não” na pergunta anterior, salte esta pergunta.**

*Indique o número apenas (por ex: 5).*

**43. Atualmente, recebe apoios educativos, integrados no ensino inclusivo (por exemplo, adaptações curriculares - Decreto de Lei 54/2018)? \***

- Sim

Indique quais apoios recebe:

- 
- Não, embora tenha necessitado quando andei na escola

Indique os apoios educativos que necessitou, mas não teve acesso:

---

- Não recebo, mas necessito

Indique os apoios educativos que necessita, mas não tem acesso:

---

- Não recebo, mas já recebi

- Não recebo

- Desconhecia a existência de apoios educativos

*Selecione apenas uma opção.*

**44. Que barreiras/dificuldades enfrenta na escola, ou enfrentou quando frequentava?\***

- Não senti ou sinto barreiras ou dificuldades       Bullying  
 Dificuldade de se deslocar nos espaços físicos       Estigma (olhares, comentários)  
 Exclusão social por parte de colegas       Dificuldades de aprendizagem

Exclusão social por parte de professores       Outro \_\_\_\_\_

Exclusão em algumas disciplinas

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**45. Qual a sua situação profissional atual? \***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estudante                      | <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta de outrem                    |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador-estudante          | <input type="checkbox"/> Desempregado                                       |
| <input type="checkbox"/> Frequento estágio profissional | <input type="checkbox"/> Estou de baixa / tenho incapacidade para trabalhar |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta própria  | <input type="checkbox"/> Outro _____  |

*Selecione apenas uma opção.*

**46. Qual a distância de sua casa ao local de trabalho? Indique os km aproximados? Caso tenha respondido “Estudante” na pergunta anterior, salte esta pergunta.**

*Indique o número apenas (por ex: 5).*

**47. Que barreiras ou dificuldades enfrenta no seu emprego atual? Caso tenha respondido “Estudante” na pergunta 45, salte esta pergunta. \***

- Não sinto barreiras ou dificuldades  
 Discriminação  
 Limitações na mobilidade dentro do local de trabalho  
 Questões de acessibilidade dentro do local de trabalho  
 Falta de adaptações dentro do local de trabalho  
 Dificuldade em cumprir o horário devido a dores  
 Dificuldade em cumprir certas tarefas devido a limitações físicas  
 Exclusão de atividades de lazer e/ou convívio em ambiente de trabalho  
 Falta de compreensão da chefia para ausência por motivo de saúde (consultas, terapias, crises de dor)  
 Outra \_\_\_\_\_

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**48. Com que frequência participa em atividades sociais ou sai com amigos ou colegas? \***



*Selecione apenas uma opção.*

**49. Recebe apoio ou acompanhamento por técnico de ação social? \***

- Sim       Não

Não, porque desconhecia a possibilidade deste apoio

*Selecione apenas uma opção.*

## **50. Que apoios sociais tem? \***

- Não tenho apoios sociais
  - Subsídio para Assistência a Filho com Deficiência ou Doença Crónica
  - Bonificação do Abono de Família para Crianças e Jovens com Deficiência
  - Prestação Social para a Inclusão (PSI)
  - Subsídio de Educação Especial
  - Produtos de Apoio para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade
  - Outro

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**51. Tem Atestado de Incapacidade Multiuso? \***

- Sim       Não

Não sei o que é

*Selecione apenas uma opção.*

**52. Qual a a percentagem de incapacidade atribuída no atestado de incapacidade?**

Responda apenas se tiver escolhido a opção “sim” na pergunta anterior.

*Indique o número apenas (por ex: 65).*

**53. O que poderia facilitar a sua vida a nível pessoal, social, educativo, profissional ou emocional?**

---

---

---

---

**Muito obrigado pela sua participação!**

Agradecemos muito o seu apoio na divulgação deste questionário junto de outras pessoas com Displasia Óssea e respetivas famílias, bem como de profissionais de saúde, educação, apoio social ou emprego que conheça.

**Se tiver interesse em receber os resultados deste questionário, por favor, partilhe o seu contacto (email ou telemóvel).**

---

## **Projeto PonteS**

A ANDO está a desenvolver o **Projeto PonteS**, que tem como objetivo caracterizar a realidade das pessoas com Displasia Óssea e das suas famílias nos Açores e na Madeira, criar informação específica e ativar a comunicação com profissionais de saúde com experiência nesta área.

No âmbito deste projeto, iremos realizar o **1.º Encontro Regional ANDO | Açores**, que terá lugar na **Ilha Terceira, a 28 de fevereiro de 2026**, onde serão apresentados os resultados globais deste questionário. Gostaríamos muito de contar com a sua presença!

**Se tiver interesse em participar no Encontro, por favor, partilhe o seu contacto (e-mail ou telemóvel).**

---

**Se tiver interesse em ouvir ou discutir algum tema em particular no Encontro, indique qual ou quais.**

---

**Terminou o questionário!**  
**Muito obrigado pela sua participação.**

**E agora?**

**A.** Pode enviar o questionário preenchido por correio para a ANDO Portugal para a seguinte morada: Avenida D. Leonor Fernandes, 46, 7005-144 Évora.

**B.** Pode entregar o questionário preenchido ao seu médico assistente. De seguida, informe-nos, ou peça ao seu médico que nos informe, por e-mail ([info@andoportugal.org](mailto:info@andoportugal.org)) ou por mensagem para o número **910 442 840**, indicando que existe um questionário preenchido, indicando o **centro de saúde ou hospital, a ilha** onde o questionário se encontra e a **data** (por exemplo: *Centro de Saúde da Madalena, Pico, 13/11/2025*).