

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

Informações

Este questionário é destinado a cuidadores — que não sejam pais ou mães — de crianças, jovens e adultos com Displasia Óssea.

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 ano de nascimento da criança/jovem/adulto com Displasia Óssea? (Escreva a data. Por exemplo: 2010)*

2. Qual o sexo da criança/jovem/adulto com Displasia Óssea *

☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Prefiro não responder

Selecione apenas uma opção.

3. Em que ilha reside? *

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madeira (indique município: _____) | <input type="checkbox"/> Porto Santo |
| <input type="checkbox"/> São Miguel (indique município: _____) | <input type="checkbox"/> Terceira |
| <input type="checkbox"/> Faial | <input type="checkbox"/> Pico |
| <input type="checkbox"/> São Jorge | <input type="checkbox"/> Santa Maria |
| <input type="checkbox"/> Graciosa | <input type="checkbox"/> Flores |
| <input type="checkbox"/> Corvo | |

Selecione apenas uma opção.

4. De onde é natural? *

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madeira (indique município: _____) | <input type="checkbox"/> Porto Santo |
| <input type="checkbox"/> São Miguel (indique município: _____) | <input type="checkbox"/> Terceira |
| <input type="checkbox"/> Faial | <input type="checkbox"/> Pico |
| <input type="checkbox"/> São Jorge | <input type="checkbox"/> Santa Maria |
| <input type="checkbox"/> Graciosa | <input type="checkbox"/> Flores |
| <input type="checkbox"/> Corvo | |
| <input type="checkbox"/> Outro _____ | |

Selecione apenas uma opção.

5. Qual é a Displasia Óssea da criança/jovem/adulto? *

- | | |
|---|---|
| <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"/> Pseudoacondroplasia | <input type="checkbox"/> Displasia epifisária múltipla |
| <input type="checkbox"/> Osteogénese 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 metafisária 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"/> Opsismodisplasia | <input type="checkbox"/> Displasia espondiloepimetáfisária tipo Strudwick |
| <input type="checkbox"/> Osteocondromas múltiplos | <input type="checkbox"/> Ainda sem diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | |

Selecione 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 | |

Selecione todas as opções que se adequem.

7. Em que ano a criança/jovem/adulto obteve o diagnóstico? Caso ainda não tenha diagnóstico ou não saiba, responda "não aplicável" *

8. Em quantos hospitais ou centros de saúde a criança/jovem/adulto tem acompanhamento clínico (consultas, terapias, etc.) relacionado com a sua Displasia Óssea?*

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

9. Indique todos os tipos de estabelecimento de saúde em que a criança/jovem/adulto 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 _____ | |

Selecione todas as opções que se adequem.

10. Com que profissional de saúde a criança/jovem/adulto tem acompanhamento regular? Caso tenha respondido "Não tenho acompanhamento" na pergunta 8, 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 _____ |

Selecione todas as opções que se adequem.

11. Indique a especialidade do profissional de saúde com quem a criança/jovem/adulto tem acompanhamento regular. Caso tenha respondido "Não tenho acompanhamento" na pergunta 8, salte esta pergunta.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Genética Médica | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia/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 |

☐ Neurologia

☐ Otorrinolaringologia

☐ Oncologia

☐ Urologia

☐ Oftalmologia

☐ Não sei

☐ Pediatria

☐ Outro _____

☐ Pneumologia

Selecione apenas uma opção

12. Em que especialidade ou terapia tem mais dificuldade em conseguir consultas ou acompanhamento continuado para a criança/jovem/adulto? Pode indicar mais do que uma, se for o caso.

13. A criança/jovem/adulto já teve consulta de genética médica? *

☐ Sim, mas de momento não tem

☐ Sim, teve, e continua a ser acompanhado por geneticista

☐ Não, mas está agendada

☐ Não

☐ Não e desconhecia este tipo de consulta

Selecione apenas uma opção

14. A criança/jovem/adulto já teve consulta na qual tenha recebido informação sobre a sua 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

☐ Não sei

Selecione apenas uma opção

15. Estaria interessado(a) em que a criança/jovem/adulto tivesse uma consulta com as características descritas na pergunta anterior? *

☐ Sim ☐ Não

16. Em que tipo de zona reside a criança/jovem/adulto? *

☐ Zona montanhosa/sinuosa ☐ Pequena povoação
☐ Zona plana ☐ Cidade/Vila
☐ Casa isolada ☐ Outro _____

Selecione todas as opções que se adequem.

17. Qual o tipo de estradas entre casa e o hospital/centro de acompanhamento? *

☐ Estradas de asfalto ☐ Estradas de terra
☐ Estradas de difícil acesso/sinuosa ☐ Outro _____

Selecione todas as opções que se adequem.

18. Quantos km viaja de casa até ao hospital/centro de saúde de acompanhamento?*

Indique apenas o número.

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

☐ Viatura própria ☐ Barco
☐ Viatura de familiar, amigo, vizinho ☐ Avião
☐ Ambulância, transporte não urgente de doentes ☐ Outro _____

Selecione todas as opções que se adequem.

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

☐ Sim

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

☐ Não

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

22. A criança/jovem/adulto 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 _____ |

Selecione as opções que se adequem.

23. No que diz respeito à criança/jovem/adulto, qual o nível de autonomia/independência para as seguintes atividade da vida diária? *

	É 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.

24. Já solicitou produtos de apoio para a vida diária da criança/jovem/adulto? (por exemplo: adaptações para a casa de banho, pinça extensível, cadeira de rodas, andarilho, etc.) *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sim e já recebi produtos de apoio | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim, mas nunca recebi produtos de apoio | <input type="checkbox"/> Não sei o que são produtos de apoio |

Selecione apenas uma opção.

25. Nos últimos 12 meses, quantas consultas/exames relacionados com a Displasia Óssea da criança/jovem/adulto teve na ilha onde vive? *

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> 6 a 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Mais de 10 |
| <input type="checkbox"/> 3 a 5 | |

Selecione apenas uma opção.

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

27. Considera que a criança/jovem/adulto teve as consultas/terapias de que necessitava na ilha onde reside? *

- ☐ Sim ☐ Não

28. 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
- ☐ 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.

29. Nos últimos 12 meses, quantas consultas ou exames relacionados com a Displasia Óssea da criança/jovem/adulto teve fora da ilha onde reside? *

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> 6 a 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Mais de 10 |
| <input type="checkbox"/> 3 a 5 | |

Selecione apenas uma opção.

30. Nos últimos 12 meses, a criança/jovem/adulto teve acompanhamento em alguma das seguintes terapias, relacionado com a sua Displasia Óssea, na ilha onde reside? *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não teve | <input type="checkbox"/> Terapia da fala |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Hipoterapia |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

Selecione todas as opções que se adequem.

31. Já teve alguma consulta/terapia em hospital ou clínica particular ou privada, relacionada com a displasia óssea da criança/jovem/adulto?

☐ Sim ☐ Não

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

Indique o número (por ex: 5)

33. Em média, quanto gastou por consulta particular (consulta e despesas de viagem)? Caso tenha respondido “Não” na pergunta 31, salte esta pergunta.

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

34. No que diz respeito à Displasia Óssea da criança/jovem/adulto, como avalia o grau de dificuldade no acesso a cuidados de saúde especializados, na ilha onde reside? *

☐ Nenhuma ☐ Alta
☐ Baixa ☐ Muito alta
☐ Moderada

Selecione apenas uma opção.

35. A nível da sua saúde mental e bem-estar emocional, como se sente a criança/jovem/adulto? *

☐ Muito bem ☐ Mal
☐ Bem ☐ Muito mal
☐ Razoável

Selecione apenas uma opção.

36. A criança/jovem/adulto tem apoio ou acompanhamento psicológico? *

☐ Sim ☐ Não, porque não se sente à vontade
☐ Não, porque não considero necessitar ☐ Outro _____

Selecione apenas uma opção.

37. Qual o nível de escolaridade atual ou último nível concluído da criança/jovem/adulto?

- | | |
|---|---|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Ensino Secundário | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> Curso Profissional | <input type="checkbox"/> Pós Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> Não sei/não se aplica | |

Selecione apenas uma opção

38. Atualmente, a criança/jovem/adulto é estudante??

- ☐ Sim ☐ Não

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

Indique o número apenas (por ex: 5).

40. A criança/jovem/adulto beneficia de medidas de apoio à aprendizagem e tem Relatório Técnico-Pedagógico (RTP)?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei o que é

41. A criança/jovem/adulto recebe atualmente ou já recebeu outros apoios educativos integrados no Decreto Lei 54/2018, do ensino inclusivo? (por exemplo, adaptações curriculares)? *

- ☐ **Sim**

Indique quais apoios recebe:

-
- ☐ **Não, embora tenha necessitado quando andou na escola**

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

-
- ☐ **Não recebe, mas necessita**

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

-
- ☐ **Não recebe, mas já recebeu**

- ☐ **Não recebe**

- ☐ **Desconhecia a existência de apoios educativos**

Selecione apenas uma opção.

42. Que barreiras/dificuldades a criança/jovem/adulto enfrenta ou enfrentou na escola?*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não senti ou sinto barreiras ou dificuldades | <input type="checkbox"/> Bullying |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade de se deslocar nos espaços físicos | <input type="checkbox"/> Estigma (olhares, comentários) |
| <input type="checkbox"/> Exclusão social por parte de colegas | <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem |
| <input type="checkbox"/> Exclusão social por parte de professores | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Exclusão em algumas disciplinas | |

Selecione todas as opções que se adequem.

43. Qual a situação profissional atual da criança/jovem/adulto? Responda apenas se a criança/jovem/adulto tiver 18 anos ou mais de idade.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta de outrem |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador-estudante | <input type="checkbox"/> Desempregado |
| <input type="checkbox"/> Frequente 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.

44. Qual a distância da casa onde a criança/jovem/adulto reside ao local de trabalho? Indique os km aproximados? Responda apenas se a criança/jovem/adulto tiver 18 anos ou mais de idade. Caso tenha respondido “Estudante” na pergunta anterior, salte esta pergunta.

Indique o número apenas (por ex: 5).

45. Que barreiras ou dificuldades a criança/jovem/adulto enfrenta no seu emprego atual? Responda apenas se a criança/jovem/adulto tiver 18 anos ou mais de idade. Caso tenha respondido “Estudante” na pergunta 43, 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.

46. Com que frequência a criança/jovem/adulto participa em atividades sociais ou sai com amigos ou colegas? *

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente (1 ou 2 vezes por mês)
- ☐ Raramente (1 ou 2 vezes por ano)
- ☐ Frequentemente (1 ou mais vezes por semana)

Selecione apenas uma opção.

47. A criança/jovem/adulto recebe apoio ou acompanhamento por técnico de ação social?

*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não, porque desconhecia a possibilidade deste apoio

Selecione apenas uma opção.

48. Que apoios sociais tem relativos à criança/jovem/adulto? *

- ☐ 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.

49. A criança/jovem/adulto tem Atestado de Incapacidade Multiuso? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei o que é

Selecione apenas uma opção.

50. 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).

51. O que poderia facilitar a vida da criança/jovem/adulto 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**) 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*).