

Data da avaliação: ___/___/____. Avaliador: _____.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (social): _____ Sexo: []F. []M. ID: ____ anos. DN: ___/___/____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Estado civil: []Solteiro. []União estável. []Casado. []Separado/Divorciado. []Viúvo. Cor: []Branca. []Preta. []Parda. []Amarela. []Indígena.
 Escolaridade: []Sem Instrução. []1º grau incompleto []1º completo. []2º grau incompleto. []2º completo. []3º grau incompleto. []3º completo.
 Ocupação: _____ []Estudante. []Do lar. []Desempregado. []Autônomo. []Assalariado. []Aposentado. []Afastado pelo INSS.
 Quantas pessoas moram na sua casa: []Somente você. []Você e mais 1. []Você e mais 2. []Você e mais 3. []Você e mais 4 ou mais pessoas.
 Rendimento mensal familiar (SM = salário mínimo): []Até 1 SM. []De 1 a 3 SM. []De 3 a 5 SM. []De 5 a 15 SM. []De 15 a 25 SM. []Mais de 25 SM.

HISTÓRIA CLÍNICA

Origem da demanda: []Espontânea. []Encaminhamento. Serviço: _____ Possui plano de saúde: []Não. []Sim.
 Motivo da consulta (condição de saúde): _____
 HMA / HPP: _____
 Queixa principal (QP): _____ Duração: []Agudo (≤ 12 semanas). []Crônico (> 12 semanas)
 Realiza outros tratamentos para este problema: []Não. []Sim. Descreva: _____
 Queixas emocionais: []Não. []Irritabilidade. []Ansiedade. []Agitação. []Preocupação. []Tristeza. []Medo. []Insônia. []Outras: _____
 Possui alguma doença diagnosticada (comorbidades)? []Não. []HAS. []DM2. []Outras: _____
 Medicamentos utilizados (tipo, dose e posologia) Relacionado a QP: []Não. []Sim. Descreva: _____
 P/ outras comorbidades: []Não. []Sim. Descreva: _____
 Realiza exercício físico 150 min/sem.: []Não. []Sim. Descreva: (tipo, duração, frequência semanal e tempo)? _____

DISTÚRBIOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS

Por favor, responda às questões colocando um "X" no quadro apropriado um "X" para cada pergunta. Por favor, responda a todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo. Esta figura mostra como o corpo foi dividido. Você deve decidir, por si mesmo, qual parte está ou foi afetada, se houver alguma.

	Nos últimos 12 meses, você teve problemas (como dor, formigamento / dormência) em:	Nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:	Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em?
	PESCOÇO	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	OMBROS	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	COTOVELO	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	PUNHOS / MÃOS	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	PARTE INFERIOR DAS COSTAS	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	QUADRIL / COXAS	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	JOELHOS	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.
	TORNOZELOS / PÉS	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.	[] Não. [] Sim.

Fonte: adaptado de de Barros EN, Alexandre NM, 2003. Fig. 1 Standardized Nordic Questionnaire. (a) version in English; (b) translated version in Portuguese.

EXAME FÍSICO

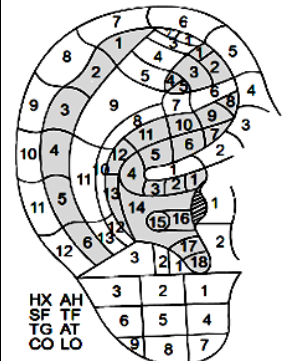
Peso (Kg): _____. Altura (m): _____. PA (mmHg): ___/____. FC: _____. Avaliador: _____
 SF-12 Física (PCS >50): _____. SF-12 Mental (MCS >42): _____. OLST (s): MID _____. MIE _____. Sofreu queda em 6 meses: [] Não. [] Sim
 Qual o local que mais dói (QP): _____. Tempo: _____. FFD (cm): _____. (MCID = -4.5cm)
 Qual a intensidade da dor neste local agora? Rep.: _____. Mov.: _____.
 Goniometria ativa (°): FL ombro D _____. E _____. FL joelho D _____. E _____.
 SMBT (cm): Medida 1 _____. Medida 2 _____. Medida 3 _____. Medida 4 _____.
 TUG (s): Medida 1 _____. Medida 2 _____. (P. corte ≤10.0s; MCID -1.4s)
 5xSST (s): _____. (P. corte ≤11.19s)
 Localização da dor: [] Localizada. [] Regional (mesmo segmento). [] Generalizada (3 ou mais locais dolorosos incluindo MMSS, MMII e coluna).

Paciente triado para seguimento com: [] Grupo de Práticas Corporais. [] Auriculoterapia. [] Acupuntura. [] Outro: _____.

AVALIAÇÃO AURICULAR

Avaliador: _____

REGIÃO ANATÔMICA	INSPEÇÃO (Presença de manchas, vasos e/ou deformidades)	PALPAÇÃO DIRETA (Circular a "região anatômica" sensível)	PALPAÇÃO INDIRETA (Marcar na "área" o ponto ativo e o grau de reatividade)
Lóbulo	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:
Hélice	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:
Concha	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:
Trago	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:
Antitrago	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:
Anti-hélice	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:
Fossa triangular	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:
Escafa	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:	[]Não. []Sim:



Lóbulo: parte anterior, parte média, parte posterior; **Hélice:** cauda, tubérculo, corpo, raiz; **Concha:** cimba, cava; **Trago:** parte superior, parte inferior; **Antitrago:** parte anterior, parte média, parte posterior; **Anti-hélice:** corpo 1/3 inferior, corpo 1/3 médio, corpo 1/3 superior, ramo superior, ramo inferior; **Fossa triangular:** 1/3 superior, 1/3 médio, 1/3 inferior; **Escafa:** parte superior, parte média, parte inferior.

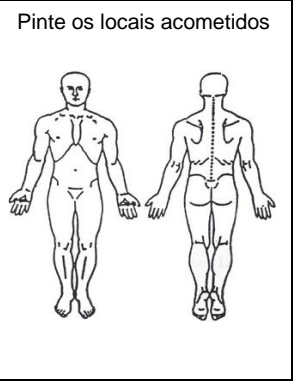
AVALIAÇÃO SEGUNDO A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

Avaliador: _____

Sintomas (sintomatologia):
.....
.....

Sinais (inspeção do corpo, da face e da língua):
.....
.....

Palpação (pulso, meridianos e pontos):
.....
.....



EXAMES COMPLEMENTARES

.....
.....

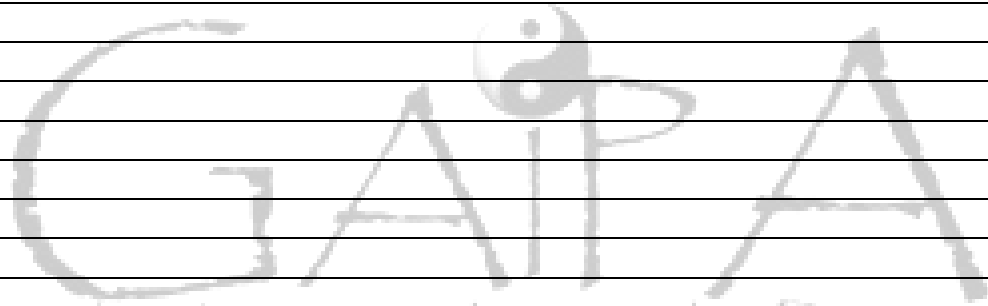
DIAGNÓSTICO DA MTC (CID-11)

.....
.....

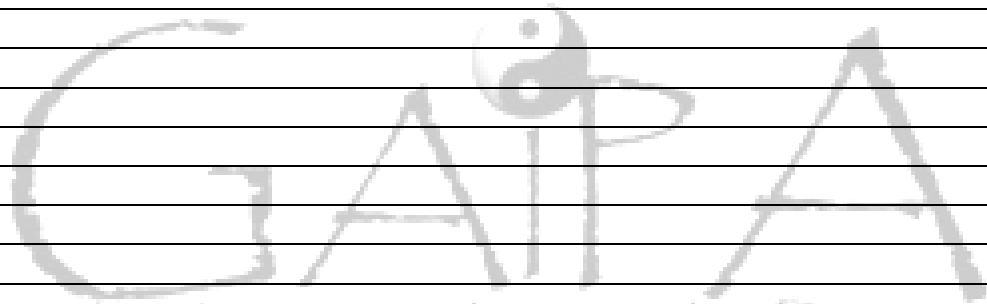
EVOLUÇÃO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nome (social): _____ Sexo: []F. []M. DN: ____/____/____



Grupo de Atenção Integral e Pesquisa em
Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa



Grupo de Atenção Integral e Pesquisa em
Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa