

AVALIAÇÃO FINAL / FOLLOW-UP

Data da reavaliação: __/__/____. Avaliador: _____.

Tratamento realizado: _____, Nº atendimentos: _____.

Prezado avaliador, explique ao paciente que as perguntas serão direcionadas a Queixa Principal referente a _____.

HISTÓRIA CLÍNICA

Realizou outros tratamentos para este problema: [] Não. [] Sim. Especifique: _____	
Queixas emocionais (sentimentos): [] Não. [] Irritabilidade. [] Ansiedade. [] Agitação. [] Preocupação. [] Tristeza. [] Medo. [] Insônia.	
Medicamentos utilizados (tipo, dose e posologia)	Relacionado a QP: [] Não. [] Sim. Especifique: _____
	P/ outras comorbidades: [] Não. [] Sim. Especifique: _____
Realiza exercício físico 150 min/sem.: [] Não. [] Sim. Especifique: _____	

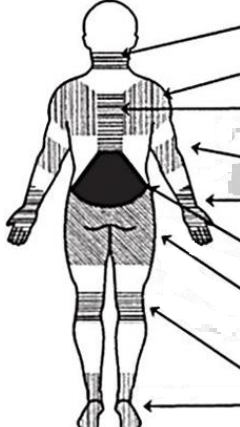
Global Perceived Effect Scale (GPE)

Comparado com quando este problema (queixa principal) começou, como você descreveria seu problema (queixa principal) esses dias?

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Muito pior					Na mesma					Completamente recuperado

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 7 dias, você teve algum problema em?
	PESCOÇO [] Não. [] Sim.
	OMBROS [] Não. [] Sim.
	PARTE SUPERIOR DAS COSTAS [] Não. [] Sim.
	COTOVELO [] Não. [] Sim.
	PUNHOS / MÃOS [] Não. [] Sim.
	PARTE INFERIOR DAS COSTAS [] Não. [] Sim.
	QUADRIL / COXAS [] Não. [] Sim.
JOELHOS [] Não. [] Sim.	
TORNOZELOS / PÉS [] 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: _____.												
WHOQOL-BREF: _____. (<60) Ph: _____. Ps: _____. So: _____. En: _____.		OLST (s): MID _____. MIE _____. Sofreu queda em 6 meses: [] Não. [] Sim												
Qual o local que mais dói (QP): _____. Tempo: _____. Qual a intensidade da dor neste local agora? Rep.: _____. Mov.: _____.		FFD (cm): _____. (P. corte <8.8cm; MCID = -4.5cm)												
SEM DOR <table style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> PIOR DOR IMAGINÁVEL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Goniometria ativa (°): FL ombro D _____. E _____. FL joelho D _____. E _____.		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	SMBT (cm): Medida 1 _____. Medida 2 _____. Medida 3 _____. Medida 4 _____. Medida 5 _____. Medida 6 _____. Medida 7 _____. Medida 8 _____. Medida 9 _____. Medida 10 _____. Medida 11 _____. Medida 12 _____. Medida 13 _____. Medida 14 _____. Medida 15 _____. Medida 16 _____. Medida 17 _____. Medida 18 _____. Medida 19 _____. Medida 20 _____. Medida 21 _____. Medida 22 _____. Medida 23 _____. Medida 24 _____. Medida 25 _____. Medida 26 _____. Medida 27 _____. Medida 28 _____. Medida 29 _____. Medida 30 _____. Medida 31 _____. Medida 32 _____. Medida 33 _____. Medida 34 _____. Medida 35 _____. Medida 36 _____. Medida 37 _____. Medida 38 _____. Medida 39 _____. Medida 40 _____. Medida 41 _____. Medida 42 _____. Medida 43 _____. Medida 44 _____. Medida 45 _____. Medida 46 _____. Medida 47 _____. Medida 48 _____. Medida 49 _____. Medida 50 _____. Medida 51 _____. Medida 52 _____. Medida 53 _____. Medida 54 _____. Medida 55 _____. Medida 56 _____. Medida 57 _____. Medida 58 _____. Medida 59 _____. Medida 60 _____. Medida 61 _____. Medida 62 _____. Medida 63 _____. Medida 64 _____. Medida 65 _____. Medida 66 _____. Medida 67 _____. Medida 68 _____. Medida 69 _____. Medida 70 _____. Medida 71 _____. Medida 72 _____. Medida 73 _____. Medida 74 _____. Medida 75 _____. Medida 76 _____. Medida 77 _____. Medida 78 _____. Medida 79 _____. Medida 80 _____. Medida 81 _____. Medida 82 _____. Medida 83 _____. Medida 84 _____. Medida 85 _____. Medida 86 _____. Medida 87 _____. Medida 88 _____. Medida 89 _____. Medida 90 _____. Medida 91 _____. Medida 92 _____. Medida 93 _____. Medida 94 _____. Medida 95 _____. Medida 96 _____. Medida 97 _____. Medida 98 _____. Medida 99 _____. Medida 100 _____.													
	TUG (s): Medida 1 _____. Medida 2 _____. (P. corte <10.0s; MCID -1.4s)													
5xSST (s): _____. (P. corte <10.0s; MCID -3.6s)														

RESULTADO DO TRATAMENTO

[] Sem melhora (redução na NPRS <2 pontos).
[] Melhora parcial (redução na NPRS ≥2 pontos mas sem melhora da capacidade física).
[] Melhora clinicamente relevante (redução na NPRS ≥2 pontos e com melhora da capacidade física).

