

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

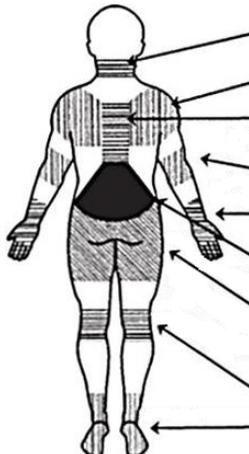
| | |
|---|---|
| Nome (social): _____ | Sexo: []F. []M. ID: ____ anos. DN: ___/___/____ |
| Endereço: _____ | Telefone: _____ |
| Estado civil: []Solteiro. []Casado. []Separado. []Divorciado. []Viúvo. | Cor: []Branca. []Preta. []Parda. []Amarela. []Indígena. |
| Escolaridade: []Sem Instrução. []1º grau incompleto []1º completo. []2º grau incompleto. []2º completo. []3º grau incompleto. []3º completo. | |
| Ocupação: _____ | []Estudante. []Do lar. []Desempregado. []Autônomo. []Assalariado. []Aposentado. []Afastado. []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. | |
| Renda familiar mensal (SM = salário mínimo): []Até 2 SM. []De 2 a 4 SM. []De 4 a 10 SM. []De 10 a 20 SM. []Superior a 20 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. | [] Não. [] Sim. |
| OMBROS | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. |
| PARTE SUPERIOR DAS COSTAS | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. |
| COTOVELO | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. |
| PUNHOS / MÃOS | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. |
| PARTE INFERIOR DAS COSTAS | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. |
| QUADRIL / COXAS | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. |
| JOELHOS | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. | [] Não. [] Sim. |
| TORNOZELOS / PÉS | [] Não. [] Sim. | [] 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: _____. | OLST (s): MID _____. MIE _____. Sofreu queda em 6 meses: []Não. []Sim |
| WHOQOL-BREF: _____. (≥60) Ph: _____. Ps: _____. So: _____. En: _____ | FFD (cm): _____. (P. corte <8.8cm; MCID = -4.5cm) |
| Qual o local que mais dói (QP): _____. | Goniometria ativa (°): FL ombro D _____. E _____. FL joelho D _____. E _____. Tempo: _____. |
| Qual a intensidade da dor neste local agora? Rep.: _____. Mov.: _____. | SMBT (cm): Medida 1 _____. - _____. = _____. Medida 2 _____. - _____. = _____. |
| SEM 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | TUG (s): Medida 1 _____. Medida 2 _____. (P. corte <10.0s; MCID -1.4s) |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



DO PACIENTE

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

GAIPA

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