

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

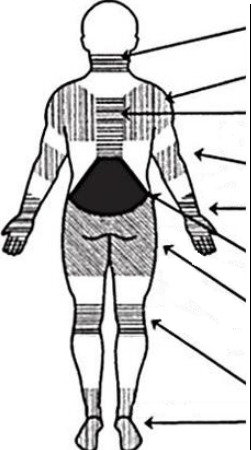
Nome (social): _____	Sexo: []F. []M. ID: ____ anos. DN: ____/____/____
Endereço: _____	Telefone: _____
Estado civil: []Solteiro. []Casado. []Separado. []Divorciado. []Viúvo.	Cor: []Branca. []Preta. []Parda. []Amarela. []Indígena.
Escolaridade: []Sem Instrução. []1º grau incompleto []1º completo. []2º 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.

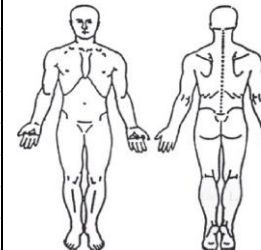
EXAME FÍSICO

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): _____. Tempo: _____.	Goniometria ativa (°): FL ombro D _____. E _____. FL joelho D _____. E _____
Qual a intensidade da dor neste local agora? Rep.: _____. Mov.: _____.	SMBT (cm): Medida 1 _____. Medida 2 _____. Medida 3 _____. Medida 4 _____. Medida 5 _____. Medida 6 _____. Medida 7 _____. Medida 8 _____. Medida 9 _____. Medida 10 _____.
SEM DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PIOR DOR IMAGINÁVEL	TUG (s): Medida 1 _____. Medida 2 _____. (P. corte <10.0s; MCID -1.4s)
	5xSST (s): _____. (P. corte <10.0s; MCID -3.6s)

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

AVALIAÇÃO SEGUNDO A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

Avaliador:

Sintomas (Yin-Yáng, Zàng-Fù, Cinco elementos): Sinais (inspeção do corpo, da língua e microssistemas): Palpação (local, acupontos, meridianos e pulso):	Pinte os locais acometidos 
--	---

AVALIAÇÃO AURICULAR

Avaliador:

REGIÃO ANATÔMICA	INSPEÇÃO (Presença de manchas, vasos e deformidades)	PALPAÇÃO DIRETA (Circular a “região anatômica” sensível)	PALPAÇÃO INDIRETA (Marcar na “área” o ponto ativo e o grau I, II ou III de resposta)
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:
Antítrago	[] 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 posterior; **Escala:** parte superior, parte média, parte inferior.

EXAMES COMPLEMENTARES

DATA

DIAGNÓSTICO DA MTC (CID-11)

Grupo de Atenção Integral e Pesquisa em

EVOLUÇÃO (STRICTA)

[illegible]

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

GAIPA

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

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