

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.	

**TIPO DE DEMANDA**

Origem da demanda: [ ]Espontânea. [ ]Encaminhamento. Serviço:	Possui plano de saúde: [ ]Não. [ ]Sim.
Motivo da consulta (condição de saúde):	Tempo do problema: _____ (semanas).

**SINTOMATOLOGIA DE ALERTA**

Gestante: [ ]Não. [ ]Sim.	Febre sem motivo: [ ]Não. [ ]Sim.	Desmaio ou epilepsia: [ ]Não. [ ]Sim.	Queda recente: [ ]Não. [ ]Sim.
Marcapasso: [ ]Não. [ ]Sim.	Perda de peso: [ ]Não. [ ]Sim.	Distúrbio coagulação: [ ]Não. [ ]Sim.	Trauma recente: [ ]Não. [ ]Sim.
Infecção: [ ]Não. [ ]Sim.	Histórico de CA: [ ]Não. [ ]Sim.	Doença autoimune: [ ]Não. [ ]Sim.	Cirurgia recente: [ ]Não. [ ]Sim.

Detalhe a condição presente: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA**

HMA: \_\_\_\_\_

Queixa principal (QP): \_\_\_\_\_ Duração: [ ]Agudo (≤ 12 semanas). [ ]Crônico (> 12 semanas)

Realiza outros tratamentos para este problema: [ ]Não. [ ]Sim. Descreva: \_\_\_\_\_

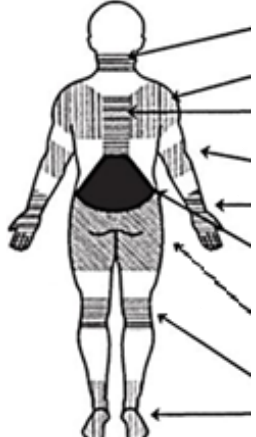
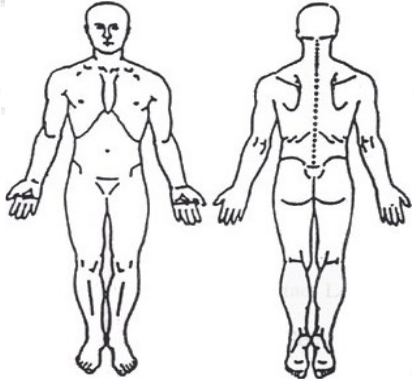
Queixas emocionais: [ ]Não. [ ]Irritabilidade. [ ]Ansiedade. [ ]Agitação. [ ]Preocupação. [ ]Tristeza. [ ]Medo. [ ]Insônia. [ ]Outras: \_\_\_\_\_

Possui outra 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, frequência e tempo)? \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DA DOR**

<p>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.</p> 	PESCOÇO	[ ] Não. [ ] Sim.	<p>Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em?</p>	<p>Marque os locais afetados onde sente dor ou desconforto:</p> 
	OMBROS	[ ] Não. [ ] Sim.		
	PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	[ ] Não. [ ] Sim.		
	COTOVELOS	[ ] Não. [ ] Sim.		
	PUNHOS / MÃOS	[ ] Não. [ ] Sim.		
	PARTE INFERIOR DAS COSTAS	[ ] Não. [ ] Sim.		
	QUADRIL / COXAS	[ ] Não. [ ] Sim.		
	JOELHOS	[ ] Não. [ ] Sim.		
	TORNOZELOS / PÉS	[ ] Não. [ ] Sim.		

Classificação da dor: [ ]Localizada. [ ]Regional. [ ]Generalizada.  
 Qual o local que mais dói (QP): \_\_\_\_\_  
 Qual a intensidade da dor neste local agora?  
 Em repouso: \_\_\_\_\_ (pontos); Em movimento: \_\_\_\_\_ (pontos).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEM DOR PIOR DOR IMAGINÁVEL

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE**

ANTROPOMETRIA / SV	ADM ATIVA	FORÇA MUSCULAR	CAPACIDADE FÍSICA	PROMs
Peso (Kg): _____	Estrutura artic.: _____	Estrutura mm.: _____	SMBT (cm): l ____ - d ____ = ____	QuickDASH (0-100): _____
Altura (m): _____	FL: ____°; EX: ____°	MST (mmHg): _____	TUG (s): _____	LEFS (0-80): _____
PA (mmHg): ____/____	FFD (cm): _____	5xSST (s): _____		RMDQ (0-24): _____
FC (bpm): _____				

MMSS: FL/EX, MST, SBMT, QuickDASH. MMII: FL/EX, 5xSST, TUG, LEFS. Coluna lombar: FFD, 5xSST, TUG, RMDQ. Grupo: FFD, SBMT, TUG, WHOQOL brief, PSQI.





