

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA FUNCIONAL -
Roteirizada**

Avaliador: _____ **Data da Avaliação:** ___/___/___.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ **Idade:** _____ anos.
Raça: _____ **Data de Nascimento:** ___/___/___ **Sexo:** () F () M
Estado Civil: _____ **Profissão/Ocupação:** _____ **Religião:** _____
Endereço: _____
Número: _____ **Complemento:** _____ **Bairro:** _____
Município: _____ **CEP:** _____/_____
Estado: _____
Telefone: () _____ - _____ **Email:** _____
Cuidador: _____ **Dominância manual:** () Destro () Sinistro
Diagnóstico Médico: _____

2. HISTÓRIA CLÍNICA

QUEIXA PRINCIPAL FUNCIONAL: _____

HDA:

Teve algum trauma?	
Há quanto tempo sente?	
Local da dor?	Pontual () ; Difuso () ; ponto gatilho () - nociceptiva
Descreve a dor	
Irradiação?	Sim () ; Não () - Dermátomo plausível () - Neuropática
intensidade? 0-10?	

Dor ao toque exagerado?	Não () ; Sim () - tipo alodínia - possível Nociplástica
Dor exagerada ao estímulo doloroso?	Não () sim () - tipo hiperalgesia - possível Nociplástica
Alteração de sensibilidade?	parestesia() formigamento () anestesia ()
frequência?	pouco, mas constante () ; as vezes muito () ; constante com flare up ()
Quais os momentos	dia todo () ; de manhã () ; à tarde () ; à noite ()
Quais tarefas q a dor é >	
Quais tarefas q a dor é <	
O que você faz para melhorar?	
Já fez um tratamento?	Sim () ou Não ()
A dor afeta as suas atividades?	Sim () ou Não () quais?
Sua saúde geral (0-10)?	
Como é seu dia-a-dia? trabalho, lazer, social, família, filhos?	
Rede de apoio?	
Sono?	Reparador () , demora para dormir () acorda várias vezes a noite
quantas horas dorme?	
Álcool, cigarro, drogas?	
atividade física?	Sim () ; Não () ; Qual? Frequência por semana 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7 se não faz, porque?
Quando está com dor, qual o teu sentimento?	Tristeza () raiva; fracasso () Fraqueza () , decepção () ; medo () vai passar () ; superação () () outro _____
Já teve algum diagnóstico de depressão ou ansiedade?	
Alguma doença sistêmica	HAS () DM () Reumática ()

IMC	peso/ altura ² - ___Kg/ ____ ² m =
Medicamentos	
Obs:	

Exames Complementares relevantes: (Imagem e laboratoriais):

--

3. EXAME FÍSICO:

Inspeção Postura:	
anterior	
perfil	
posterior	
Marcha:	
Mobilidade da coluna ortostase	
flexão e extensão	
inclinação lateral D e E	
Rotações D e E	
Mobilidade da coluna sentado	
flexão e extensão	

Escala de funcionalidade personalizada

atividade / participação	nível de dificuldade	como faz hoje?

Escala/Questionários - DN4, Pain Detect, SBST, LANSS...

Nome	Escore	obs

Prognóstico funcional X Expectativa do paciente:

Diagnóstico Cinético-funcional (DCF):

**QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE
DOR NEUROPÁTICA – DN4**

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

- 1 – Queimadura
- 2 – Sensação de frio doloroso
- 3 – Choques eléctricos

sim	não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

- 4 – Formigueiro
- 5 – Picadas
- 6 – Dormência
- 7 – Comichão

sim	não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

- 8 – Hipoestesia ao tacto
- 9 – Hipoestesia à picada

sim	não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

- 10 – Fricção leve (“brushing”)

sim	não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

painDETECT[®] Versão Brasileira

Data: _____ Paciente Nome: _____ Sobrenome: _____

Como você avaliaria sua dor agora, nesse momento?

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

Qual foi a intensidade da dor mais forte que você sentiu nas últimas 4 semanas?

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

Qual foi a intensidade média da sua dor durante as últimas 4 semanas?

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

Marque a imagem que melhor representa a evolução da sua dor

	Dor constante com pequenas flutuações	<input type="checkbox"/>
	Dor constante com crises de dor aguda	<input type="checkbox"/>
	Crises de dor aguda sem dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>
	Crises de dor aguda com dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>

Por favor, indique a principal área da sua dor



A sua dor se espalha para outras regiões do seu corpo?
 Sim Não

Se sim, indique para onde sua dor se espalha

Você sofre de uma sensação de queimação (ex. ardência) nas áreas marcadas ?					
Nunca <input type="checkbox"/>	Insignificante <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Muito Forte <input type="checkbox"/>
Você tem uma sensação de formigamento ou picada na área da sua dor (como formigas andando ou choque eléctrico)?					
Nunca <input type="checkbox"/>	Insignificante <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Muito Forte <input type="checkbox"/>
O toque suave (ex. roupa, cobertor) é doloroso nessa área?					
Nunca <input type="checkbox"/>	Insignificante <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Muito Forte <input type="checkbox"/>
Você tem crises repentinas de dor nessa área, como choques eléctricos?					
Nunca <input type="checkbox"/>	Insignificante <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Muito Forte <input type="checkbox"/>
O frio ou calor (água de banho) nesta região é eventualmente doloroso?					
Nunca <input type="checkbox"/>	Insignificante <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Muito Forte <input type="checkbox"/>
Você sofre de uma sensação de dormência nas áreas que você marcou?					
Nunca <input type="checkbox"/>	Insignificante <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Muito Forte <input type="checkbox"/>
Uma leve pressão nessa área (como um dedo, por exemplo), causa dor?					
Nunca <input type="checkbox"/>	Insignificante <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Muito Forte <input type="checkbox"/>

Nunca	Insignificante	Pouco	Moderada	Forte	Muito Forte
x 0 = 0	x 1 =	x 2 =	x 3 =	x 4 =	x 5 =
Pontuação Total <input type="text"/> de 35 no máximo					

PONTUAÇÃO E INTERPRETAÇÃO

O questionário é composto por 10 itens e abrange descritores sensoriais e achados de exames clínicos:

- 7 itens estão relacionados à descrição que o paciente faz de sua dor (como queimação, frio doloroso, choques elétricos, formigamento, alfinetes e agulhas, dormência, coceira).
- 3 itens são baseados no exame sensorial realizado pelo clínico, com foco na hipostesia ao toque e à picada de agulha e na alodinia induzida por pincel.

A interpretação dos resultados do questionário PainDETECT (PD-Q) é a seguinte:

- Em escores ≤ 12 , é improvável que o componente neuropático esteja presente
- Em pontuações ≥ 19 , é provável que o componente neuropático esteja presente

Anexo 1. STarT Back Screening Tool- Brasil (SBST-Brasil).

Pensando nas duas últimas semanas, assinale sua resposta para as seguintes perguntas:

	Discordo (0)	Concordo (1)
1. A minha dor nas costas se espalhou pelas pernas nas duas últimas semanas.	()	()
2. Eu tive dor no ombro e/ou na nuca pelo menos uma vez nas últimas duas semanas.	()	()
3. Eu evito andar longas distâncias por causa da minha dor nas costas.	()	()
4. Nas duas últimas semanas, tenho me vestido mais devagar por causa da minha dor nas costas.	()	()
5. A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu.	()	()
6. Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas.	()	()
7. Eu sinto que minha dor nas costas é terrível e que nunca vai melhorar.	()	()
8. Em geral, eu não tenho gostado de todas as coisas como eu costumava gostar.	()	()
9. Em geral, quanto a sua dor nas costas o incomodou nas duas últimas semanas () Nada (0) () Pouco (0) () Moderado (0)		

() Muito (1) () Extremamente (1)

O questionário é composto por 9 perguntas e gera dois scores: o score geral e o score da subescala de angústia. A pontuação e classificação do questionário é feita da seguinte forma:

- Os primeiros oito itens têm as opções de resposta “Concordo” e “Discordo”. A primeira opção vale 1 ponto e a segunda vale zero.
- O nono item tem cinco opções de resposta: Nada, Pouco, Moderada, Muito, Extremamente. As três primeiras opções valem zero e as duas últimas valem 1 ponto cada.
- A pontuação total de 0 a 3 pontos classifica o paciente em baixo risco.
- Pontuação total maior que 3 classifica o paciente como médio risco, se a pontuação da subescala psicossocial for ≤ 3 pontos.
- Pontuação total maior que 3 e pontuação da subescala psicossocial > 3 classifica o paciente como alto risco.