

Instruções

- Utilize um lápis macio #2 para marcar.
- Somente uma resposta por pergunta permitida
- Preencha completam. as campos para registrar as respostas.
- Informações obrigatórias

Só para uso interno
Não lido por scanner

Nome de família		Nome próprio		Sexo
Rua			Número de paciente	
Código do país	CEP	Cidade		
Número da Segurança Social			Data de nascimento (DD.MM.AAAA)	

Intervalo de exame

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> antes de cirurgia | <input type="checkbox"/> 3 meses | <input type="checkbox"/> 2 anos | Por exemplo 4 meses
= 4 meses/12 meses
= 0.33 ano |
| <input type="checkbox"/> 4 semanas | <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 anos | |
| <input type="checkbox"/> 6 semanas | <input type="checkbox"/> 9 meses | <input type="checkbox"/> 4 anos | |
| <input type="checkbox"/> 2 meses | <input type="checkbox"/> 1 ano | <input type="checkbox"/> 5 anos | |
| | | <input type="checkbox"/> outro: anos | |

Problemas no pescoço podem levar a dor no pescoço e/ou na região do ombro/braço, assim como distúrbios sensoriais como formigamento, 'pontadas' ou dormência em qualquer uma dessas regiões.

1 Qual dos seguintes problemas o incomoda **mais**? Marque **somente uma** resposta.

- dor no pescoço
- dor no ombro/braço
- distúrbios sensoriais no ombro/braço (p.ex: formigamentos, 'pontadas', dormência)
- nenhuma das acima

2 Para as duas questões a seguir (2a e 2b) nós gostaríamos que você indicasse a gravidade da sua dor, marcando de 0 a 10 (onde '0' = sem dor e '10' = a pior dor que você pode imaginar).
Há perguntas **separadas** para **dor no pescoço** e **no ombro/braço**.

2a Quão severa foi a sua **dor no pescoço** na semana passada?

- | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| sem dor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a pior dor que
você pode imaginar |

2b Quão severa foi a sua **dor no braço/ombro** na semana passada?

- | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| sem dor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a pior dor que
você pode imaginar |

3 Durante a semana passada, quanto o seu problema no pescoço interferiu no seu trabalho normal (incluindo trabalho fora de casa e as atividades domésticas)?

- não interferiu
- um pouco
- moderadamente
- muito
- extremamente

4 Se você tivesse que passar o resto da sua vida com os sintomas que você tem agora, como você se sentiria a respeito?

- muito satisfeito
- um pouco satisfeito
- nem satisfeito, nem insatisfeito
- um pouco insatisfeito
- muito insatisfeito

5 Por favor, pense sobre a semana passada. Como você avaliaria a sua qualidade de vida?

- muito boa
- boa
- moderada
- ruim
- muito ruim

Por favor, vire a página.

