



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 | |
| <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 | Por exemplo 4 meses = 4 meses/12 meses = 0.33 ano |

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.

6 Durante as últimas quatro semanas, em quantos dias você diminuiu as **atividades que você geralmente faz** (trabalho, tarefas domésticas, escola, lazer) por causa do seu problema no pescoço?

- nenhum
- entre 1 e 7 dias
- entre 8 e 14 dias
- entre 15 e 21 dias
- mais do que 21 dias

7 Durante as últimas quatro semanas, por quantos dias o seu problema no pescoço **te impediu de fazer algo** (trabalho, escola, tarefas domésticas)?

- nenhum
- entre 1 e 7 dias
- entre 8 e 14 dias
- entre 15 e 21 dias
- mais do que 21 dias

Responda as seguintes perguntas somente se você está completando este questionário DEPOIS da operação

8a Surgiu alguma **complicação** como conseqüência da sua cirurgia **no nosso hospital** (por exemplo, problemas com cicatrização, paralisia, distúrbios sensoriais)?

- não
- sim → por favor descreva-as:

8b Quão incômodas foram essas complicações?

- nenhum incômodo
- leve incômodo
- moderadamente incômodo
- muito incômodo
- extremamente incômodo

9 Desde a sua cirurgia no nosso hospital, você teve **outra** cirurgia na sua coluna cervical (pescoço) **no nosso ou outros hospitais**?

- não
- sim, mas num nível diferente da coluna
- sim, no mesmo nível da coluna (mesmo segmento)

10 Durante o curso do tratamento do seu problema no pescoço, o quão satisfeito você ficou com os cuidados médicos como um todo **no nosso hospital**?

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

11 No geral, o quanto a **cirurgia no nosso hospital** ajudou-o com o seu problema no pescoço?

- ajudou muito
- ajudou
- ajudou um pouco
- não ajudou
- fez as coisas piorarem

Data Dia 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
 Mês 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Ano 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Assinatura: