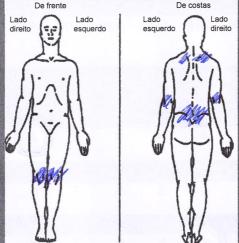


Página 1 de 2



HOSPITAL Nº:

Pequeno Questionário Sobre Dor (Versão simplificada)										
Data:/					Hora:					
		ie	Sobren	inicial do nome do meio						
1.	1. Ao longo da vida, a maioria das pessoas sente dores de vez em quando (tais como dores de cabeça,ligeiras entorses, dores de dente). Hoje você sentiu alguma dor diferente destas dores habituais?									
	1. (Si	m		2	. Não					
2.	Pinte no desenho os lugares onde você sente dor. Faça um "X" no lugar que dói mais.									
		De frente Lado direito Lac esq	do Lado uerdo esque	De costas erdo Lado direito		A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH				



		س		4119	
3.	Por favor, avalie sua representa a dor <mark>mai</mark>				
	0 1 2 Nenhuma dor	3 4	5 6	7 8	9 10 A dor mais forte que você consegue imaginar
4.	Por favor, avalie sua representa a dor <mark>mai</mark>				
	0 1 2 Nenhuma dor	3 4	5 6	7 8	9 10 A dor mais forte que você consegue imaginar
5.	Por favor, avalie sua melhor representa su		m círculo en	n torno do nú	mero que, <mark>em média</mark> ,
	0 1 2 Nenhuma dor	3 4	5 6	7 8	9 10 A dor mais forte que você consegue imaginar
6.	Por favor, avalie su representa a dor que				do número que melhor
	0 1 2 Nenhuma dor	3 4	5 6	7 8	9 10 A dor mais forte que você consegue imaginar

ESTL	JDO N°:		h	IÃO ESC	REVA AC	IMA DES	TA LIN	HA.	108PI	TAL N°:
Da ¹ No	me:	els	_ @				,			Hora:
	U Prime	eiro nom	е		Sol	brenome	Э	ir	nicial d	o nome do meio
7.	Quais são d tomando pa	os tratar ara dor a	nentos a?	que vo	ocê est	á fazen	ido oi	u os rer	nédios	s que você está
	anticul	lau	ua	40-	ulo ulo	7	for	silot	ene	apic
8.	que você es um círculo e melhorou?	stá toma em torno	ando ou o da po	u dos tr prcenta	atameı gem qı	ntos qu ue melh	e voo or re	cê está present	fazend	ausa dos remédios do? Por favor, faça lanto a sua dor
	0% 10% Nenhuma m		30%	40%	50%	60%	70%	6 80%	909	% 100% Melhora total
9.	Faça um cír últimas 24 h	culo em oras, a	n torno sua do	do nún or interf	nero qu eriu en	ue melh n:	or re	present	a o qu	ianto, durante as
		atividad	les em			_				
	0 1 Não interferi	2 u	3	4	5	6	7	(8)	9	10 Interferiu totalmente
	B. Seu h 0 1 Não interferio	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interferiu totalmente
		apacida	- //	andar						
	0 1 Não interferio	2 u	3	4	5	6	7	8	9	10 Interferiu totalmente
	D. Seu tr	abalho	normal		o traba	alho for			o traba	alho doméstico)
	0 1 Não interferiu	-	3	4	5	6	7	8	9	10 Interferiu totalmente
	E. Seu re 0 1 Não interferiu F. Seu so		3	4	utras po	essoas 6	7	8	9	10 Interferiu totalmente
	0 1 Não interferiu	2	3	4	5	6	7	8	(9	10 Interferiu totalmente
	G. Seu pr 0 1 Não interferiu	razer de 2 J	e viver 3	4	5	6	7	8	9	10 Interferiu totalmente

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD Pain Research Group All rights reserved

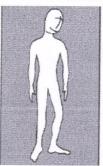




Quanto cansado você se sentiu na última semana?



Nada cansado



Um pouquinho cansado



Moderadamente cansado



Muito cansado



Extremamente cansado

Quanto a sensação de cansaço te impede de fazer o que você quer fazer?



Eu consigo fazer tudo que habitualmente faço



Eu consigo fazer quase tudo que habitualmente faço



Eu consigo fazer algumas das coisas que habitualmente faço



Eu só faço o que tenho que fazer



Eu consigo fazer muito pouco

Figura 1 - Pictograma de Fadiga

Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga Mora DOCF, Primenia CAM, Prich MI

Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp):1080-7 www.ee.usp.br/reeusp/