

Caso 2

ESTUDO N°:

2

NÃO ESCREVA ACIMA DESTA LINHA

HOSPITAL N°:

Pequeno Questionário Sobre Dor (Versão simplificada)

Data: ___/___/___

Hora: ___:___

Nome: Yoselia

Primeiro nome

Sobrenome

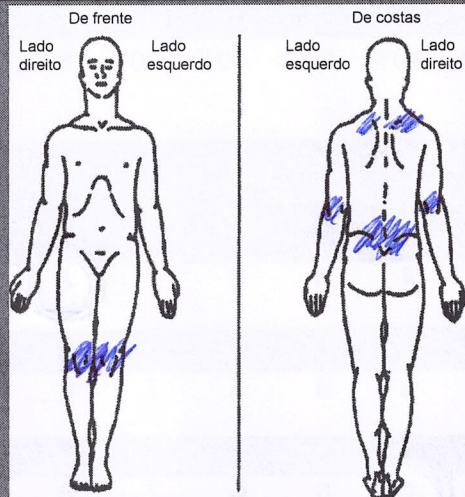
inicial do nome do meio

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. Sim

2. Não

2. Pinte no desenho os lugares onde você sente dor. Faça um "X" no lugar que dói mais.



3. Por favor, avalie sua dor e faça um círculo em torno do número que melhor representa a dor **mais forte** que você sentiu durante as últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma dor A dor mais forte que você consegue imaginar

4. Por favor, avalie sua dor e faça um círculo em torno do número que melhor representa a dor **mais fraca** que você sentiu durante as últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma dor A dor mais forte que você consegue imaginar

5. Por favor, avalie sua dor e faça um círculo em torno do número que, **em média**, melhor representa sua dor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma dor A dor mais forte que você consegue imaginar

6. Por favor, avalie sua dor e faça um círculo em torno do número que melhor representa a dor que você está sentindo **agora**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma dor A dor mais forte que você consegue imaginar

ESTUDO N°: _____

NÃO ESCREVA ACIMA DESTA LINHA

HOSPITAL N°: _____

Data: ____/____/____

Nome: joselisa

Hora: _____

Primeiro nome

Sobrenome

inicial do nome do meio

7. Quais são os tratamentos que você está fazendo ou os remédios que você está tomando para dor a?

antiinflamatório + fisioterapia

8. Durante as últimas 24 horas, o quanto a sua dor melhorou por causa dos remédios que você está tomando ou dos tratamentos que você está fazendo? Por favor, faça um círculo em torno da porcentagem que melhor representa o quanto a sua dor melhorou?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhuma melhora Melhora total

9. Faça um círculo em torno do número que melhor representa o quanto, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu em:

A. Suas atividades em geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu totalmente

B. Seu humor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu totalmente

C. Sua capacidade de andar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu totalmente

D. Seu trabalho normal (inclui o trabalho fora de casa e o trabalho doméstico)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu totalmente

E. Seu relacionamento com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu totalmente

F. Seu sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu totalmente

G. Seu prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu totalmente

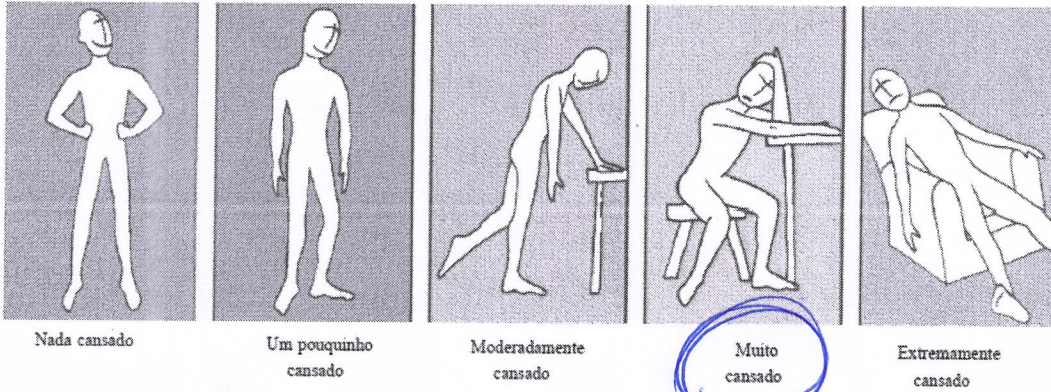
Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

caso 2

Jose'wa

PICTOGRAMA DE FADIGA

Quanto cansado você se sentiu na última semana?



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

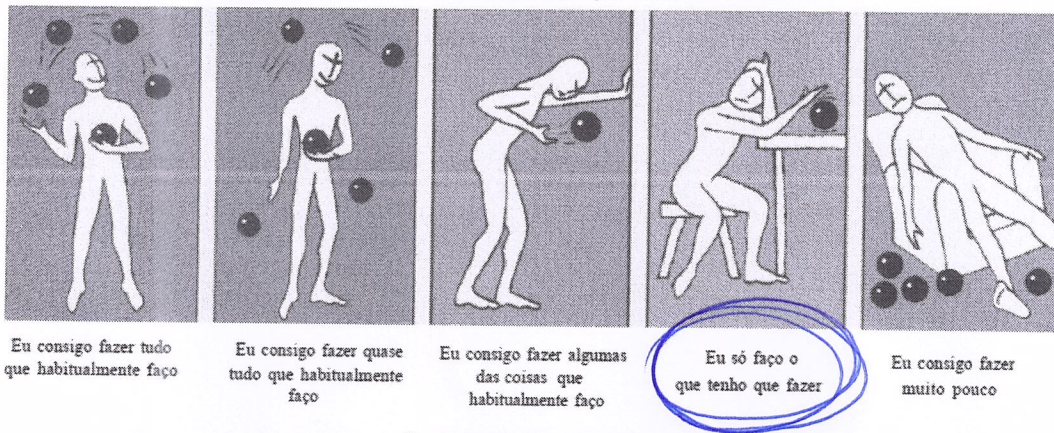


Figura 1 - Pictograma de Fadiga