

Protocolo para Detecção de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome					Idade		
Sexo	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F	Estado civil	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> D
Data da avaliação				Dominância	<input type="radio"/> Dir	<input type="radio"/> Esq	<input type="radio"/> Ambidextro

II. HISTÓRICO OCUPACIONAL

Profissão	
-----------	--

Função	Empresa	Admissão	Demissão	Sintomas
				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
				<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Em relação ao trabalho desencadeante dos sintomas:

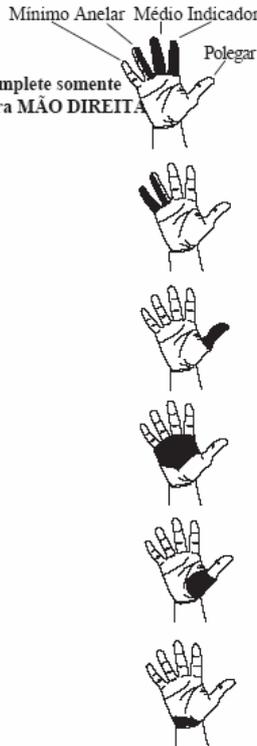
Horas por dia		Dias por semana	
Jornada		Horas extras	
Temperatura ambiente	<input type="radio"/> agradável	<input type="radio"/> quente	<input type="radio"/> fria <input type="radio"/> variável

III. ANAMNESE

1	Queixa e duração (dor, dormência, formigamento, diminuição de sensibilidade, fraqueza, cansaço e sensação de peso)				
2	Os sintomas iniciam	<input type="radio"/> início da jornada	<input type="radio"/> meio da jornada	<input type="radio"/> fim da jornada	
3	Os sintomas iniciam	<input type="radio"/> manhã	<input type="radio"/> tarde	<input type="radio"/> noite	<input type="radio"/> madrugada
4	Início	<input type="radio"/> insidioso	<input type="radio"/> súbito	<input type="radio"/> não sabe referir	
5	Há quanto tempo que iniciou a dor?	_____ dias	_____ semanas	_____ meses	_____ anos
6	Realiza o movimento "flick" com a mão?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim	Melhora a dor?	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
7	Realiza algum outro movimento para aliviar os sintomas?	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim _____			
8	Coordenação motora - caligrafia	<input type="radio"/> normal		<input type="radio"/> alterado	

As áreas de sombra nas figuras abaixo mostram a posição de partes do corpo referidas no questionário. Por favor, responda marcando no quadro apropriado.

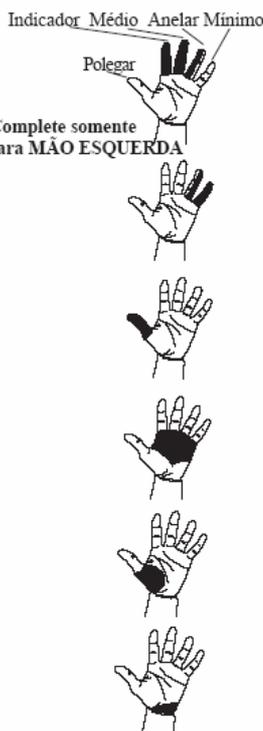
Complete somente para MÃO DIREITA



	Durante o último <u>MÊS</u> , com que frequência você teve formigamento, dormência ou dor?	Se você teve formigamento, dormência ou dor, como estavam estes sintomas?	Se você teve formigamento, dormência ou dor, qual o grau de interferência no seu trabalho?
Área A	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área B	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área C	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área D	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área E	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área F	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>

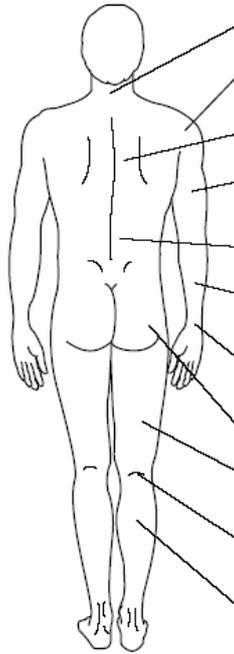
As áreas de sombra nas figuras abaixo mostram a posição de partes do corpo referida no questionário. Por favor, responda marcando no quadro apropriado.

Complete somente para MÃO ESQUERDA



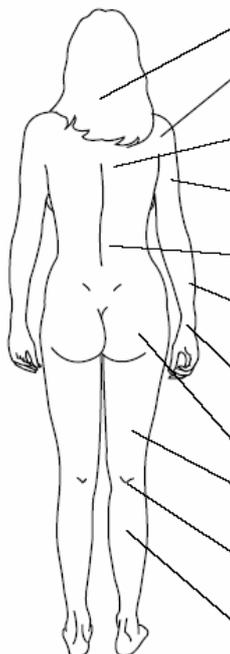
	Durante o último <u>MÊS</u> , com que frequência você teve formigamento, dormência ou dor?	Se você teve formigamento, dormência ou dor, como estavam estes sintomas?	Se você teve formigamento, dormência ou dor, qual o grau de interferência no seu trabalho?
Área A	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área B	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área C	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área D	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área E	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>
Área F	Nunca <input type="checkbox"/> 1-2 vezes no último mês <input type="checkbox"/> 3-4 vezes no último mês <input type="checkbox"/> Uma vez todo dia <input type="checkbox"/> Muitas vezes todo dia <input type="checkbox"/>	Levemente desconfortável <input type="checkbox"/> Moderadamente desconfortável <input type="checkbox"/> Muito desconfortável <input type="checkbox"/>	Sem interferência <input type="checkbox"/> Leve interferência <input type="checkbox"/> Substancial interferência <input type="checkbox"/>

As figuras abaixo mostram partes do corpo referidas no questionário. Por favor, responda marcando no quadro apropriado.



	Durante o último <u>MÊS</u> , com que frequência você teve formigamento, dormência ou dor?					Se você teve formigamento, dormência ou dor, como estavam estes sintomas?			Se você teve formigamento, dormência ou dor, qual o grau de interferência no seu trabalho?		
	Nunca	1-2 vezes no último mês	3-4 vezes no último mês	Uma vez todo dia	Muitas vezes todo dia	Levemente desconfortável	Moderadamente desconfortável	Muito desconfortável	Sem interferência	Leve interferência	Substancial interferência
Pescoço	<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"/>
Ombro (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Coluna Dorsal	<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"/>
Braço (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Coluna Lombar	<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"/>
Antebraço (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Pulso (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Quadril/Nádegas	<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"/>
Coxa (Direita) (Esquerda)	<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"/>
Joelho (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Panturrilha (Direita) (Esquerda)	<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"/>

As figuras abaixo mostram partes do corpo referidas no questionário. Por favor, responda marcando no quadro apropriado.



	Durante o último <u>MÊS</u> , com que frequência você teve formigamento, dormência ou dor?					Se você teve formigamento, dormência ou dor, como estavam estes sintomas?			Se você teve formigamento, dormência ou dor, qual o grau de interferência no seu trabalho?		
	Nunca	1-2 vezes no último mês	3-4 vezes no último mês	Uma vez todo dia	Muitas vezes todo dia	Levemente desconfortável	Moderadamente desconfortável	Muito desconfortável	Sem interferência	Leve interferência	Substancial interferência
Pescoço	<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"/>
Ombro (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Coluna Dorsal	<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"/>
Braço (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Coluna Lombar	<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"/>
Antebraço (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Pulso (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Quadril/Nádegas	<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"/>
Coxa (Direita) (Esquerda)	<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"/>
Joelho (Direito) (Esquerdo)	<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"/>
Panturrilha (Direita) (Esquerdo)	<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"/>

IV. Dificuldade para Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades da Vida Pessoal (AVP)

Girar o pescoço	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Estender roupa	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Pentear o cabelo	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Mão nas costas	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Atender telefone	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Passar roupa	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Girar a maçaneta da porta	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Girar chave	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Aperto de mão	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Segurar objetos pequenos	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Abrir enlatados	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não

V. ANTECEDENTES PESSOAIS

Já teve fraturas atingindo o membro superior na região afetada?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim
Já teve algum trauma atingindo o membro afetado?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim
Já teve diagnóstico prévio de doença reumática?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim
Já realizou algum tratamento na região afetada?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim. Qual? _____
Realiza alguma atividade física regular?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim. Qual? _____ Frequência semanal _____
Toca algum instrumento?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim. Qual? _____ Frequência semanal _____
Possui algum hobby?	<input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim. Qual? _____ Frequência semanal _____

VI. EXAME FÍSICO

1. Dados vitais

Pulso radial	bpm	Pressão arterial	x
--------------	-----	------------------	---

2. Inspeção local

Hipertermia	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Hiperemia	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Palidez local	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Edema	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Sudorese	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Trofismo	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Dor à palpação do músculo trapézio superior	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação do músculo supraespinhoso	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação do tendão do bíceps braquial	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação dos músculos flexores do cotovelo	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação dos músculos extensores do cotovelo	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação do epicôndilo medial	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação do epicôndilo lateral	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação dos músculos flexores do punho	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação dos músculos extensores do punho	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Dor à palpação dos músculos intrínsecos da mão	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não

4. Reflexos

Reflexos	Direito			Esquerdo		
Bicipital	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ausente	<input type="radio"/> hipoativo	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ausente	<input type="radio"/> hipoativo
Braquiorradial	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ausente	<input type="radio"/> hipoativo	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ausente	<input type="radio"/> hipoativo
Tricipital	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ausente	<input type="radio"/> hipoativo	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ausente	<input type="radio"/> hipoativo

5. Testes Especiais¹

Testes	Direito		Esquerdo	
Mecanismo de Pinça	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Prova de Filkenstein	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de Tinel (punho)	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de Tinel (cotovelo)	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de Phalen	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de Phalen Modificado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de compressão carpal	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de Yergason	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de Adson	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Teste de Neer	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado

VI. EXAMES COMPLEMENTARES

Exames	Resultados	
Hemograma	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
VHS	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
PCR	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Látex	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
ASLO	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
FAN	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Mucoproteínas	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
T3	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
T4	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
TSH	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
Glicemia	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
ENMG	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado

¹ **Yergason.** Verificar integridade do Ligamento transverso do bíceps, puxando o cúbito caudalmente com rotação externa do braço. **Tinel.** Percutir a projeção do nervo origina formigamento (cotovelo). **Finkelstein.** Punho cerrado, polegar sob outros dedos e desvio ulnar. **Tinel.** Percussão sobre a projeção do ligamento carpal volar (punho). **Phalen.** Flexão total bilateral e manutenção por um minuto. **Adson.** Compressão da artéria subclávia por cervical e contratura escalenos anterior e médio. Palpe pulso radial. ABD+EXT+RE de MS. Peça para prender a respiração e girar a cabeça na direção do braço. Se positivo, o pulso diminuirá. **Teste de Neer e Welsh.** Elevação forçada do úmero com rotação interna, resulta num conflito da coifa dos rotadores e da longa porção do bicipíte contra a região anteroinferior do acrómio. O resultado positivo é o despertar a dor sub-acromial. **Teste do Supraespinhoso.** O braço é abduzido com rotação interna (polegar para baixo) no mesmo plano da omoplata. É depois pedido ao atleta para resistir em relação à força aplicada. O teste é considerado positivo se o paciente é incapaz de manter o braço contra resistência.

Radiografia de coluna cervical	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
RNM de coluna cervical	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
RNM de coluna lombar	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado
	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> alterado

VII. DIAGNÓSTICOS E NEXOS CAUSAIS PROVÁVEIS

DOENÇAS		CID	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL	CID
<input type="radio"/>	Transtornos do plexo braquial (Síndrome da Saída do Tórax, Síndrome do Desfiladeiro Torácico)	G54.0	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Mononeuropatias dos Membros Superiores	G56-	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Síndrome do Túnel do Carpo	G56.0	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Outras Lesões do Nervo Mediano: Síndrome do Pronador Redondo	G56.1	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Síndrome do Canal de Guyon	G56.2	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Lesão do Nervo Cubital (ulnar): Síndrome do Túnel Cubital	G56.2	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Lesão do Nervo Radial	G56.3	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Outras Mononeuropatias dos Membros Superiores: Compressão do Nervo Supra-escapular	G56.8	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Mononeuropatias do membro inferior	G57.-	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Lesão do Nervo Poplíteo Lateral	G57.3	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Síndrome de Raynaud	I73.0	Vibrações localizadas Trabalho em baixas temperaturas (frio)	W43.-; Z57.7 W93.-; Z57.6
<input type="radio"/>	Acrocianose e Acroparestesia	I73.8	Vibrações localizadas Trabalho em baixas temperaturas (frio)	W43.-; Z57.7 W93.-; Z57.6
<input type="radio"/>	Outras Artroses	M19.-	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
<input type="radio"/>	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular	M25.5	Posições forçadas e gestos repetitivos Vibrações localizadas	Z57.8 W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Síndrome Cervicobraquial	M53.1	Posições forçadas e gestos repetitivos Vibrações localizadas	Z57.8 W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Dorsalgia	M54.-	Posições forçadas e gestos repetitivos Ritmo de trabalho penoso Condições difíceis de trabalho	Z57.8 Z56.3 Z56.5
<input type="radio"/>	Cervicalgia	M54.2	Posições forçadas e gestos repetitivos Ritmo de trabalho penoso Condições difíceis de trabalho	Z57.8 Z56.3 Z56.5
<input type="radio"/>	Ciática	M54.3	Posições forçadas e gestos repetitivos Ritmo de trabalho penoso Condições difíceis de trabalho	Z57.8 Z56.3 Z56.5
<input type="radio"/>	Lumbago com Ciática	M54.4	Posições forçadas e gestos repetitivos Ritmo de trabalho penoso Condições difíceis de trabalho	Z57.8 Z56.3 Z56.5
<input type="radio"/>	Sinovites e Tenossinovites	M65.-	Posições forçadas e gestos repetitivos Ritmo de trabalho penoso Condições difíceis de trabalho	Z57.8 Z56.3 Z56.5

○	Dedo em Gatilho	M65.3	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain)	M65.4	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Outras Sinovites e Tenossinovites	M65.8	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Sinovites e Tenossinovites, não especificadas	M65.9	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional	M70	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho	M70.0	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Bursite da Mão	M70.1	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Bursite do Olécrano	M70.2	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Outras Bursites do Cotovelo	M70.3	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Outras Bursites pré-rotulianas	M70.4	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Outras Bursites do Joelho	M70.5	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão	M70.8	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão	M70.9	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56.3
			Condições difíceis de trabalho	Z56.5
○	Fibromatose da Fascia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren"	M72.0	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Lesões do Ombro	M75.-	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro)	M75.0	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso	M75.1	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Tendinite Bicipital	M75.2	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Tendinite Calcificante do Ombro	M75.3	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Bursite do Ombro	M75.5	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Outras Lesões do Ombro	M75.8	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
○	Lesões do Ombro, não especificadas	M75.9	Posições forçadas e gestos repetitivos	Z57.8
			Ritmo de trabalho penoso	Z56
			Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7

<input type="radio"/>	Outras entesopatias	M77.-	Posições forçadas e gestos repetitivos Vibrações localizadas	Z57.8 W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Epicondilite Medial	M77.0	Posições forçadas e gestos repetitivos Vibrações localizadas	Z57.8 W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista");	M77.1	Posições forçadas e gestos repetitivos Vibrações localizadas	Z57.8 W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Mialgia	M79.1	Posições forçadas e gestos repetitivos Vibrações localizadas	Z57.8 W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Outros transtornos especificados dos tecidos moles	M79.8	Posições forçadas e gestos repetitivos Vibrações localizadas	Z57.8 W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Osteonecrose	M87.-	Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Osteonecrose devida a drogas	M87.1	Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Outras Osteonecroses secundárias	M87.3	Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo)	M93.1	Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7
<input type="radio"/>	outras Osteocondropatias especificadas	M93.8	Vibrações localizadas	W43.-; Z57.7

VIII. RECOMENDAÇÕES

LOCAL E DATA

NOME DO MÉDICO E CRM

ASSINATURA