SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
Conjunto habitacional Ivo Pigorer, ROD PR 364, S/N
Tel: (44)3755 1209
ALTAMIRA DO PARANÁ - ESTADO DO PARANÁ

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Projeto Coluna Sem dor

Paciente: _____

Data: ____/____/_____ Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Profissão: _____

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

( ) Cervical ( ) Torácica ( ) Lombar ( ) Irradiação para membros

- Há quanto tempo sente dor?

( ) Menos de 1 mês ( ) 1 a 3 meses ( ) + de 3 meses

- A dor piora em:

( ) Ficar sentado ( ) Ficar em pé ( ) Movimentar-se ( ) Dormir

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade da dor (0 a 10):_____

A dor limita suas atividades do dia a dia?

( ) Sim ( ) Não - Se sim, quais?_____

4. AVALIAÇÃO POSTURAL (vista anterior, lateral e posterior)

☐ Alinhada ☐ Desvio postural ☐ Escoliose ☐ Hiperlordose

☐ Hipercifose ☐ Retificação ☐ Desalinhamento pélvico

Observações: _____

6. FORÇA MUSCULAR (MMSS / MMII / TRONCO)

- Escala de Oxford (0 a 5):

Flexores ____, Extensores ____, Abdominais ____, Paravertebrais _____

Observações: _____

7. PALPAÇÃO

☐ Pontos gatilho ☐ Hipertonia ☐ Dor à palpação ☐ Espasmos

Regiões acometidas: _____

8. TESTES FUNCIONAIS

Lombar

- Teste de Schober: ☐ Alterado
- Teste de Lasègue: ☐ Positivo ☐ Negativo Lado: ☐ D ☐ E

Cervical

- Teste de Spurling: ☐ Positivo ☐ Negativo
- Teste de Distração Cervical: ☐ Positivo ☐ Negativo

Torácica

MOBILIDADE DA COLUNA (teste rápido)

- Você sente limitações para:

( ) Abaixar-se ( ) Girar o tronco ( ) Elevar os braços ( ) Caminhar

9. LIMITAÇÃO FUNCIONAL

☐ Caminhar ☐ Sentar ☐ Agachar ☐ Dormir ☐ Trabalhar

☐ AVDs ☐ Lazer ☐ Atividades físicas

Relato do paciente: _____

10. HISTORICO CLINICO

Já fez fisioterapia? ( ) Sim ( ) Não

Já fez exames de imagem? ( ) Sim ( ) Não
Quais? _____

Tem alguma dessas condições abaixo?
( ) Hérnia de disco ( ) Artrose ( ) Escoliose
( ) Cirurgia na coluna

( ) Outras: _____

Condições Gerais de Saúde

Tem pressão alta, diabetes ou problemas cardíacos?
( ) Sim ( ) Não → Quais? _____

Usa medicação contínua? ( ) Sim ( ) Não
Qual(is)? _____

11. **OBJETIVO COM A FISIOTERAPIA:**

( ) Diminuir dor ( ) Melhorar postura ( ) Ganhar mobilidade
( ) Melhorar qualidade de vida

_____

Fisioterapeuta

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
Conjunto habitacional Ivo Pigorer, ROD PR 364, S/N
Tel: (44)3755 1209
ALTAMIRA DO PARANÁ - ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
ALTAMIRA DO PARANÁ

NúcleodeApoioà SaúdedaFamília

Projeto Coluna Sem dor

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS

Nome do Paciente:_____

Instruções ao paciente:

Este questionário contém frases que pessoas com dor nas costas frequentemente usam para descrever como se sentem. Leia cada frase e **marque com um "X"** apenas aquelas que descrevem você **hoje**. Se a frase **não se aplica a você**, deixe em branco.

☐ Fico mais devagar para fazer as coisas.
☐ Fico mais tempo sentado por causa da dor nas costas.
☐ Fico mais tempo deitado para descansar por causa da dor nas costas.
☐ Evito levantar objetos pesados.
☐ Mudo de posição frequentemente para tentar ficar mais confortável.
☐ Ando curvado por causa da dor.
☐ Tenho dificuldade para me vestir devido à dor nas costas.
☐ Fico mais irritado por causa da dor nas costas.
☐ Tenho dificuldade para subir escadas.
☐ Não consigo ficar de pé por muito tempo.
☐ Preciso de ajuda para fazer as tarefas do dia a dia.
☐ Tenho dificuldade para sair da cama por causa da dor.
☐ Tenho que segurar nas coisas para me levantar.
☐ Fico mais tempo em casa por causa da dor.
☐ Tenho dificuldade para me concentrar por causa da dor.
☐ Sinto que minha dor afeta minha vida social.
☐ Tenho dificuldade para me abaixar.
☐ Minha caminhada ficou mais lenta por causa da dor.
☐ Evito atividades físicas por causa da dor.
☐ Me sinto menos disposto(a) devido à dor nas costas.
☐ Tenho dificuldade para carregar compras ou sacolas.
☐ Minha dor me incomoda o tempo todo.
☐ Sinto-me cansado(a) por causa da dor.
☐ Tenho medo de me movimentar e piorar a dor.

Pontuação:

- Some o número de frases marcadas com "X".
- **Cada frase marcada = 1 ponto.**
- **Pontuação total** _____ / 24

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
Conjunto habitacional Ivo Pigorer, ROD PR 364, S/N
Tel: (44)3755 1209
ALTAMIRA DO PARANÁ - ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
ALTAMIRA DO PARANÁ

NúcleodeApoioà SaúdedaFamília

Projeto Coluna Sem dor

SINAIS VITAIS

Paciente:

PRÉ ATENDIMENTO				PÓS ATENDIMENTO		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2

_____

Fisioterapeuta