* Grupo 2

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

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Projeto Coluna Sem dor

Alta 30/04/26.

Paciente: Sonia dos Santos
Data: 08/09/25 Idade: 54 Sexo: ☐ M ☒ F
Profissão: do lar.

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

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

- Há quanto tempo sente dor?

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

- A dor piora em:

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

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade da dor (0 a 10): 8/10 -
A dor limita suas atividades do dia a dia?

(X) Sim ( ) Não - Se sim, quais? caminhar

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 4, Extensores 4, Abdominais 4, Paravertebrais 4
Observações: _____

7. PALPAÇÃO

☒ Pontos gatilho ☐ Hipertonia ☒ Dor à palpação ☐ Espasmos
Regiões acometidas: região lombar - dorsais

8. TESTES FUNCIONAIS

Scanned with CamScanner

Lombar

- Teste de Schober: ☐ Alterado 40º cicatriz
- 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:

(x) Abaixar-se (x) 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? (x) Sim ( ) Não

Já fez exames de imagem? (x) Sim ( ) Não

Quais? tomografia

Tem alguma dessas condições abaixo?

( ) Hérnia de disco (x) Artrose (x) Escoliose

( ) Cirurgia na coluna

( ) Outras: artrose; compressão discal, bico de papagai

Condições Gerais de Saúde

Tem pressão alta, diabetes ou problemas cardíacos?

(x) Sim ( ) Não → Quais? hipertensão leve, arritmia

Usa medicação contínua? (x) Sim ( ) Não

Qual(is)? _____

11. OBJETIVO COM A FISIOTERAPIA:

(x) Diminuir dor (x) Melhorar postura (x) Ganhar mobilidade

(x) Melhorar qualidade de vida

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

	SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA Avenida Mario Pereira S/N Tel: (44)3755 1209	ALTAMIRA DO PARANÁ - ESTADO DO PARANÁ SAÚDE

FICHA DE REAVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente: Sonia dos Santos

Data: 09/04/2026 Idade: 54 Sexo: ☐ M ☒ F

Profissão: Agricultora

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

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

- Há quanto tempo sente dor?

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

- A dor piora em:

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

2. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade da dor (0 a 10): 5

A dor limita suas atividades do dia a dia?

(X) Sim ( ) Não - Se sim, quais? Nas AVDS

3. FORÇA MUSCULAR (MMSS / MMII / TRONCO)

- Escala de Oxford (0 a 5):

Flexores 5, Extensores 5, Abdominais 5, Paravertebrais 5

Observações: _____

4. TESTES FUNCIONAIS

- Teste de Schober: _____ cm ☐ Alterado

- Teste de Lasègue: ☒ Positivo ☐ Negativo Lado: ☒ D ☐ E

5. LIMITAÇÃO FUNCIONAL

☐ Caminhar ☐ Sentar ☐ Agachar ☐ Dormir ☐ Trabalhar

☐ AVDs ☐ Lazer ☐ Atividades físicas

Relato do paciente: Só para levantar da cama

Assinatura do Fisioterapeuta: _____

CREFITO: _____ Data: ___/___/_____

Scanned with CamScanner

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: Sônia dos Santos

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.

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

- **Pontuação total** 19 / 24

Scanned with CamScanner

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.

- [x] 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.
- [x] Evito levantar objetos pesados.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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:** 6 / 24

Scanned with CamScanner

SECRETARIA MUNICIPAL
SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
Avenida Mario Pereira S/N
Tel: (44)3755 1209

ALTAMIRA DO PARANÁ -
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de SAÚDE
Altamira do Paraná

Paciente: Sonia dos Santos

PRÉ ATENDIMENTO				PÓS ATENDIMENTO		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2
18/09	120/70	72 bpm	97 %.	130/80	76 bpm	94 %.
25/09	120/70	74 bpm	97 %.	110/70	76 bpm	94 %.
02/10	110/70	89 bpm	96 %.	112/80	83 bpm	94 %.
09/10	120/80	77 bpm	95 %.	111/80	87 bpm	95 %.
16/10	120/80	76 bpm	96 %.	111/70	83 bpm	97 %.
23/10	111/70	72 bpm	94 %.	120/80	77 bpm	95 %.
04/11	110/70	79 bpm	96 %.	110/80	77 bpm	98 %.
13/11	120/80	80 bpm	96 %.	120/80	71 bpm	98 %.
2026	120/70	95 bpm	97 %.	120/80	75 bpm	96 %.
29/01	120/80	70 bpm	99 %.	130/70	76 bpm	99 %.
05/02	120/70	74 bpm	95 %.	140/70	79 bpm	97 %.
12/02	120/80	75 bpm	96 %.	120/80	73 bpm	95 %.
19/02	140/90	78 bpm	95 %.	130/80	75 bpm	95 %.
26/02	111/70	78 bpm	97 %.	120/80	75 bpm	95 %.
05/03	120/70	70 bpm	95 %.	120/80	68 bpm	94 %.
19/03	120/90	72 bpm	98 %.	130/90	87 bpm	99 %.

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta
Crefito 362315-F

Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

Grupo 1

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

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Projeto Coluna Sem dor

ALTA 27/11/25.

Paciente: Kethely Magna Sherbai F. Maria
Data: 04/09/25 Idade: 33 Sexo: ☐ M ☑ F
Profissão: Secretária (serviços gerais)

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

( ) Cervical ( ) Torácica (x) Lombar (x) Irradiação para membros → em crises.

- Há quanto tempo sente dor?

( ) Menos de 1 mês ( ) 1 a 3 meses (x) + de 3 meses 3/5 devido queda

- A dor piora em:

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

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade da dor (0 a 10): 2 diário / 10 em crise
A dor limita suas atividades do dia a dia?

(x) Sim ( ) Não - Se sim, quais? em crises; agachar, movimentos.

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

☐ Alinhada ☒ Desvio postural ☒ Escoliose ☐ Hiperlordose
☐ Hipercifose ☐ Retificação ☒ Desalinhamento pélvico → E + alta.
Observações: _____

6. FORÇA MUSCULAR (MMSS / MMII / TRONCO)

- Escala de Oxford (0 a 5):
Flexores 3, Extensores 3, Abdominais 3, Paravertebrais 3
Observações: ~~membro~~ membro acometido.

7. PALPAÇÃO

☒ Pontos gatilho ☐ Hipertonia ☒ Dor à palpação ☐ Espasmos
Regiões acometidas: paravertebrais

8. TESTES FUNCIONAIS

Scanned with CamScanner

Lombar

- Teste de Schober: ☐ Alterado
- Teste de Lasègue: ☒ Positivo ☐ Negativo Lado: ☒ D ☐ E 70°
  → discal; ciático!

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: Somente em crise, dia a dia normal

10. HISTORICO CLINICO

Já fez fisioterapia? ( ) Sim (X) Não

Já fez exames de imagem? (X) Sim ( ) Não

Quais? 2 tomografias

Tem alguma dessas condições abaixo?

( ) Hérnia de disco ( ) Artrose (X) Escoliose

( ) Cirurgia na coluna

( ) Outras: _____

Condições Gerais de Saúde

Tem pressão alta, diabetes ou problemas cardíacos?

( ) Sim (X) Não → Quais? _____

Usa medicação contínua? ( ) Sim (X) Não

Qual(is)? _____

11. **OBJETIVO COM A FISIOTERAPIA:**

(X) Diminuir dor (X) Melhorar postura (X) Ganhar mobilidade

(X) Melhorar qualidade de vida

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito 8/372688-F

Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

Reavaliação

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Projeto Coluna Sem dor

Paciente: Kethely Magna Scherbay

Data: 02/12/25 Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Profissão: _____

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

( ) Cervical ( ) Torácica (X) 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): 0

A dor limita suas atividades do dia a dia?

( ) Sim (X) 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

Scanned with CamScanner

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

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

_____

Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

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: Kethely Magna Scherbai

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. * em crises.

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

- **Pontuação total** 19 / 24

Scanned with CamScanner

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:** 0 / 24

Scanned with CamScanner

Grupo 1

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: Kethely Magna Scherbai F. Maria.

PRÉ ATENDIMENTO				PÓS ATENDIMENTO		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2
04/09	120/70	82 bpm	97 %.	- D avaliação		
18/09	130/80	84 bpm	95%	130/80	89 bpm	97 %.
25/09	140/10	79 bpm	95 %.	130/10	80 bpm	97 %.
02/10	120/80	75 bpm	97 %.	120/80	89 bpm.	96 %.
09/10	130/100	90 bpm	99 %.	130/10	97 bpm.	98 %.
16/10	120/70	77 bpm	98%	120/90	97 bpm.	99%
23/10	110/80	73 bpm	96%	120/80	91 bpm	96%
06/11	110/70	90 bpm	97%	110/80	80 bpm	97%
13/11	130/80	88 bpm	98 %.	130/90	97 bpm	99 %.
27/11	120/80	78 bpm	97%	111/80	98 bpm	98%

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta
Crefito 362319-F

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688- F

Tainara Viana
Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

Grupo 2

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

Agudo
edema

ALTA
27/11/25.

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Projeto Coluna Sem dor

Paciente: Maria Madalena de Jesus Cortiano
Data: 04/09/25. Idade: 54 Sexo: ☐ M ☒ F
Profissão: do lar

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

dos braços / queimação

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

- Há quanto tempo sente dor?

( ) Menos de 1 mês ( ) 1 a 3 meses (X) + de 3 meses + de 5anos.

- A dor piora em:

( ) Ficar sentado ( ) Ficar em pé ( ) Movimentar-se ( ) Dormir qualquer mov. c/ os braços.

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade da dor (0 a 10): 8/10
A dor limita suas atividades do dia a dia?

(X) Sim ( ) Não - Se sim, quais? estender roupa / lavar louças...

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 4, Extensores 4, Abdominais 4, Paravertebrais 4
Observações: mm.ii

7. PALPAÇÃO

☒ Pontos gatilho ☐ Hipertonia ☒ Dor à palpação ☐ Espasmos
Regiões acometidas: cervical

8. TESTES FUNCIONAIS

Scanned with CamScanner

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 (x) Elevar os braços ( ) Caminhar

9. LIMITAÇÃO FUNCIONAL

☐ Caminhar ☐ Sentar ☐ Agachar ☒ Dormir ☐ Trabalhar
☒ AVDs ☐ Lazer ☒ Atividades físicas
Relato do paciente: A caminhada

10. HISTORICO CLINICO

Já fez fisioterapia? ( ) Sim (x) Não

Já fez exames de imagem? (x) Sim ( ) Não
Quais? Raio x.

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

(x) Outras: estréfitos na cervical

Condições Gerais de Saúde

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

Usa medicação contínua? (x) Sim ( ) Não
Qual(is)? hipertensão, colesterol

11. **OBJETIVO COM A FISIOTERAPIA:**

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

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

Reavaliação

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Projeto Coluna Sem dor

Paciente: Maria Madalena Jesus Cortiano
Data: 04/12/25 Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
Profissão: _____

1. QUEIXA PRINCIPAL
- Onde sente dor?

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

- Há quanto tempo sente dor?

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

- A dor piora em:

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

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)
Intensidade da dor (0 a 10): 0
A dor limita suas atividades do dia a dia?

( ) Sim (X) 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

Scanned with CamScanner

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

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

_____

Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

Projeto Coluna Sem dor

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS

Nome do Paciente: Maria Madalena

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.

- [x] 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.
- [x] Evito levantar objetos pesados.
- [x] Mudo de posição frequentemente para tentar ficar mais confortável.
- [x] Ando curvado por causa da dor.
- [x] Tenho dificuldade para me vestir devido à dor nas costas.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] Tenho dificuldade para me concentrar por causa da dor.
- [ ] Sinto que minha dor afeta minha vida social.
- [x] Tenho dificuldade para me abaixar.
- [x] Minha caminhada ficou mais lenta por causa da dor.
- [x] Evito atividades físicas por causa da dor.
- [x] Me sinto menos disposto(a) devido à dor nas costas.
- [x] Tenho dificuldade para carregar compras ou sacolas.
- [x] Minha dor me incomoda o tempo todo.
- [ ] Sinto-me cansado(a) por causa da dor.
- [x] Tenho medo de me movimentar e piorar a dor.

- **Pontuação total** 13 / 24

Scanned with CamScanner

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:** 0 / 24

Scanned with CamScanner

Grupo 2

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: Maria Madalena de Jesus Cortiano

PRÉ ATENDIMENTO				PÓS ATENDIMENTO		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2
04/09	130/90	60 bpm.	99%.	→ avaliação		
18/09	120/80	82 bpm	98%	130/80	74 bpm	98
02/10	120/80	105 bpm	99%.	120/80	106 bpm	97.
09/10	110/80	80 bpm	98%.	111/80	76	98
16/10	130/90	79 bpm	99%.	120/80	113 bpm	98
23/10	120/80	72 bpm	97%.	120/80	78 bpm	97%
04/11	120/70	69 bpm	98%	120/80	85 bpm	97%
13/11	120/90	72	96%.	120/80	81 bpm.	96%.
27/11	110/80	76	99	120/80	72	98

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta
Crefito 362315-F

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

Tainara Viana
Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

Grupo 2

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

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Projeto Coluna Sem dor

ALTA 27/11/25.

Paciente: Maura Rainha de Oliveira
Data: 04/09/2025 Idade: 44 Sexo: ☐ M ☒ F
Profissão: Administrativo

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

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

- Há quanto tempo sente dor?

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

- A dor piora em:

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

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade da dor (0 a 10): 6
A dor limita suas atividades do dia a dia?

( ) Sim (x) 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 5, Extensores 5, Abdominais 5, Paravertebrais 5
Observações: _____

7. PALPAÇÃO

☐ Pontos gatilho ☐ Hipertonia ☒ Dor à palpação ☐ Espasmos
Regiões acometidas: _____

8. TESTES FUNCIONAIS

Scanned with CamScanner

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? (x) Sim ( ) Não

Já fez exames de imagem? (x) Sim ( ) Não
Quais? Tomografia

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

( ) Outras: Discretos protrusões discais.

Condições Gerais de Saúde

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

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

11. **OBJETIVO COM A FISIOTERAPIA:**

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

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta
Crefito 362315-F
Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Projeto Coluna Sem dor

Paciente: MAURA RAINHA DE OLIVEIRA
Data: 04/12/2025 Idade: 45 Sexo: ☐ M ☑ F
Profissão: ADMINISTRATIVO

1. QUEIXA PRINCIPAL
- Onde sente dor?

( ) Cervical ( ) Torácica (X) 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): 3
A dor limita suas atividades do dia a dia?

( ) Sim ( ) Não - Se sim, quais? depende da atividade

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

Scanned with CamScanner

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
Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta
Crefito 362315-F

Scanned with CamScanner

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: Maura Rainha de Oliveira

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.

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

- **Pontuação total** 14 / 24

Scanned with CamScanner

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:** 3 / 24

Scanned with CamScanner

Grupo 2

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: Maura Rainha de Oliveira

PRÉ ATENDIMENTO				PÓS ATENDIMENTO		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2
04/09	120/80	78 bpm	99%	→ avaliação		
25/09	120/80	79 bpm	96%	120/80	84 bpm	94%
02/10	130/80	86 bpm	97%	130/70	91 bpm	96%
09/10	130/80	98 bpm	99%	120/80	91 bpm	97%
16/10	111/70	81 bpm	96%	120/80	88 bpm	97%
06/11	120/90	73 bpm	95%	130/80	99 bpm	95%
13/11	111/80	73 bpm	94%	120/80	81 bpm	99%
27/11	130/80	93	99	130/70	79	98

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta
Crefito 362315-F

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

Tainara Viana
Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Projeto Coluna Sem dor

Paciente: Marlene R. de O. Joanna
Data: ___/___/_____ Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
Profissão: _____

1. QUEIXA PRINCIPAL
- Onde sente dor?

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

- Há quanto tempo sente dor?

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

- A dor piora em:

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

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)
Intensidade da dor (0 a 10): 7
A dor limita suas atividades do dia a dia?

( ) Sim ( ) Não - Se sim, quais? esfregar, abaixa

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

Scanned with CamScanner

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 (X) Girar o tronco (X) 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 (X) Não
Quais? _____

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

( ) Outras: _____

Condições Gerais de Saúde

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

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

11. OBJETIVO COM A FISIOTERAPIA:

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

_____

Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner

	SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA Avenida Mario Pereira S/N Tel: (44)3755 1209	ALTAMIRA DO PARANÁ - ESTADO DO PARANÁ Secretaria Municipal de SAÚDE Altamira do Paraná

FICHA DE REAVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente: Marlene R. de O. Joanna

Data: 09/04/ Idade: 51 Sexo: ☐ M ☒ F

Profissão: não trabalho fora

1. QUEIXA PRINCIPAL

- Onde sente dor?

(X) Cervical ( ) Torácica ( ) Lombar ( ) Irradiação para membros aos esforços

- Há quanto tempo sente dor?

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

- A dor piora em:

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

2. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade da dor (0 a 10): 6

A dor limita suas atividades do dia a dia?

( ) Sim ( ) Não - Se sim, quais?_____

3. FORÇA MUSCULAR (MMSS / MMII / TRONCO)

- Escala de Oxford (0 a 5):

Flexores ____, Extensores ____, Abdominais ____, Paravertebrais ____

Observações: _____

4. TESTES FUNCIONAIS

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

5. LIMITAÇÃO FUNCIONAL

☒ Caminhar ☒ Sentar ☒ Agachar ☐ Dormir ☒ Trabalhar

☒ AVDs ☐ Lazer ☐ Atividades físicas

Relato do paciente: _____

Assinatura do Fisioterapeuta: Jamilla Paz Pavesi

CREFITO: _____ Data: ___/___/_____

Scanned with CamScanner

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.

- [x] Fico mais devagar para fazer as coisas.
- [x] Fico mais tempo sentado por causa da dor nas costas.
- [x] Fico mais tempo deitado para descansar por causa da dor nas costas.
- [x] Evito levantar objetos pesados.
- [x] Mudo de posição frequentemente para tentar ficar mais confortável.
- [ ] Ando curvado por causa da dor.
- [x] Tenho dificuldade para me vestir devido à dor nas costas.
- [x] Fico mais irritado por causa da dor nas costas.
- [x] Tenho dificuldade para subir escadas.
- [x] Não consigo ficar de pé por muito tempo.
- [x] Preciso de ajuda para fazer as tarefas do dia a dia.
- [x] Tenho dificuldade para sair da cama por causa da dor.
- [x] Tenho que segurar nas coisas para me levantar.
- [x] Fico mais tempo em casa por causa da dor.
- [x] Tenho dificuldade para me concentrar por causa da dor.
- [x] Sinto que minha dor afeta minha vida social.
- [x] Tenho dificuldade para me abaixar.
- [x] Minha caminhada ficou mais lenta por causa da dor.
- [x] Evito atividades físicas por causa da dor.
- [x] Me sinto menos disposto(a) devido à dor nas costas.
- [x] Tenho dificuldade para carregar compras ou sacolas.
- [ ] Minha dor me incomoda o tempo todo.
- [x] Sinto-me cansado(a) por causa da dor.
- [x] 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:** 22 / 24

Scanned with CamScanner

	SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA Avenida Mario Pereira S/N Tel: (44)3755 1209	ALTAMIRA DO PARANÁ - ESTADO DO PARANÁ SAÚDE Altamira do Paraná

Projeto coluna sem dor

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS

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.

- [x] 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.
- [x] Evito levantar objetos pesados.
- [x] Mudo de posição frequentemente para tentar ficar mais confortável.
- [ ] Ando curvado por causa da dor.
- [x] Tenho dificuldade para me vestir devido à dor nas costas.
- [ ] Fico mais irritado por causa da dor nas costas.
- [ ] Tenho dificuldade para subir escadas.
- [x] Não consigo ficar de pé por muito tempo.
- [x] 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.
- [x] Tenho dificuldade para me concentrar por causa da dor.
- [x] Sinto que minha dor afeta minha vida social.
- [x] Tenho dificuldade para me abaixar.
- [x] Minha caminhada ficou mais lenta por causa da dor.
- [ ] Evito atividades físicas por causa da dor.
- [x] Me sinto menos disposto(a) devido à dor nas costas.
- [x] Tenho dificuldade para carregar compras ou sacolas.
- [ ] Minha dor me incomoda o tempo todo.
- [ ] Sinto-me cansado(a) por causa da dor.
- [x] Tenho medo de me movimentar e piorar a dor.

ALTA

Pontuação total: 13 / 24

Scanned with CamScanner

Grupo 2.

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: Marlene Rainha.

PRÉ ATENDIMENTO				PÓS ATENDIMENTO		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	SATURAÇÃO DE O2
25/09	120/80	84 bpm	97%	110/70	80 bpm.	95%
02/10	110/80	71 bpm	99%	110/60	65 bpm	95%
09/10	130/70	76 bpm	94%	110/60	76 bpm	94%
23/10	110/60	91 bpm	96%	110/70	69. bpm	98%.
13/11	120/80	80 bpm	96%.	120/80	93 bpm.	99%.
27/11	110/70	88 bpm	98%.	110/70	74 bpm	96%.
2026						
29/01	110/80	84 bpm	99%.	111/80	70 bpm	97%.
12/02	110/80	90 bpm	98%.	110/80	75 bpm	97%.
19/02	120/80	87 bpm	96%.	120/80	75 bpm	97%.
26/02	120/80	70 bpm	96%.	110/70	79 bpm	96%.
12/03	110/70	65 bpm	95%.	110/70	70 bpm	98%.
19/03	100/80	88 bpm	97%.	120/80	96 bpm	98%.

Jamille Vaz Pavesi
Fisioterapeuta

Tainara Viana
Fisioterapeuta
Crefito-8/372688-F

Tainara Viana
Fisioterapeuta

Scanned with CamScanner