

QUESTIONÁRIO DE DOR DE OLIVEIRA

DADOS PESSOAIS

Nome:

Data de Nascimento: Sexo: - Masculino - Feminino Série:

Escola: Turma:

1.1 Se você é do sexo feminino, qual a idade da 1ª menstruação?

anos

1.2 Você fuma?

- Não

- Raramente

- Frequentemente

- Não quer responder

Desde que idade?

anos

Quantos cigarros por semana (aproximadamente)?

1.3 Você tem outra profissão além de estudante? - Não

- Sim. Qual?

ATIVIDADES FÍSICA NA ESCOLA

2.1 Nos últimos 3 meses, você praticou atividade física nas aulas de Educação Física?

- Sim. → Quantas horas por semana (em média) você praticou as atividades físicas escolares?

horas por semana

- Não → Qual o motivo?

OUTRAS ATIVIDADES

3.1

Nos últimos 3 meses, quantas horas por dia (em média) você assistiu à TV?

horas por dia

3.2

Nos últimos 3 meses, quantas horas por dia (em média) você usou computador, tablet (ou aparelho com funções similares)?

horas por dia

3.3

Nos últimos 3 meses, quantas horas (em média) por dia você dormiu?

Considerando só os dias de semana:

horas por dia

Considerando só o final de semana:

horas por dia

3.4

Nos últimos 3 meses, você se deslocou a pé de casa para a escola e da escola para casa?

 - Sim.

 - Alternou se deslocando a pé e de transporte ?

 - Não.

Se Sim ou alternado, quanto tempo por semana (em média) você se deslocou a pé no percurso casa-escola-casa?

horas por semana

3.5

Nos últimos 3 meses, você praticou alguma(s) atividade(s) física(s) de forma regular (pelo menos 1 hora, 2 vezes por semana)? Exemp.: jogar futebol, voleibol, andar de bicicleta, correr, nadar, caminhar etc. Nesta questão não inclua as atividades físicas praticadas na escola

 - Sim.

 - Não.

<i>Atividade física</i>	<i>Horas por semana</i>

OCORRÊNCIA DE DORES LOMBARES - LOMBALGIA

Considera-se dor lombar, ou LOMBALGIA, a dor localizada abaixo das últimas costelas e acima das linhas glúteas inferiores (nádegas) com ou sem dor nos membros inferiores (pernas) - região 3 da figura abaixo (Figura 1) que pode se estender para a região 4 e/ou 5.

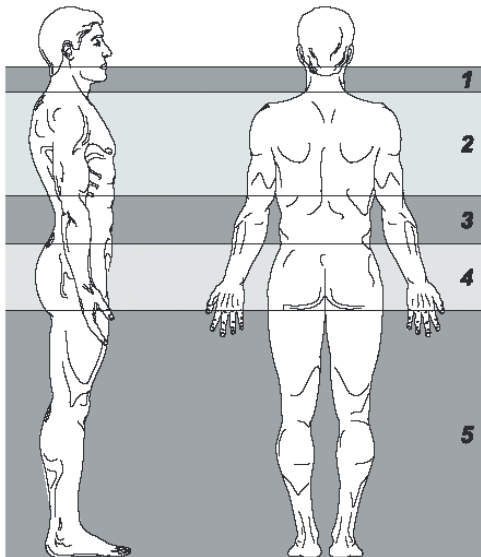


Figura 1

4.1 Neste momento, você tem dor lombar (lombalgia)?

- Sim. - Não.

4.2 Você já sentiu alguma vez dor lombar (lombalgia)?

- Sim. → Com que idade você sentiu a primeira dor lombar?

anos - Não lembra.

- Não. → FIM DO QUESTIONÁRIO

DORES LOMBARES NOS ÚLTIMOS 3 MESES

5.1 Nos últimos 3 meses, você sentiu dor lombar (lombalgia)?

- Sim.

- Não. → FIM DO QUESTIONÁRIO

5.2 Nos últimos 3 meses, quantas vezes você sentiu dor lombar?

Aproximadamente

vezes

nos 3 meses.

5.3 A linha abaixo de 0 a 10 representa a intensidade de dor, sendo 0 a ausência de dor e 10 a pior dor. Qual foi, aproximadamente, a maior intensidade de dor (pior dor) que você sentiu (nos últimos 3 meses)? Marque com um X na escala.

Ausência de dor Dor Máxima

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

intensidade de dor nos últimos 3 meses

5.4 Considerando o pior episódio de dor (nos últimos 3 meses), há quanto tempo ocorreu?

Há aproximadamente

- horas - dias - semanas - meses

- Não sabe responder ou não lembra

5.5

Nos últimos 3 meses, você sentiu dor em outra(s) região(ões) enquanto estava com dor lombar (região 3 da figura)?

- Não - Sim? Então marque até três regiões:

1	Região cervical (nuca e pescoço)	<input type="checkbox"/>
2	Região torácica (meio das costas)	<input type="checkbox"/>
3	Região lombar (parte baixa das costas e acima das nádegas)	<input type="checkbox"/>
4	Nádegas (glúteos)	<input type="checkbox"/>
5	Coxas	<input type="checkbox"/>

5.5

Você sentiu dor lombar (nos últimos 3 meses) com estas atividades?

- 1 - Permanecer deitado ?
- 2 - Levantar da cama ou do chão ?
- 3 - Permanecer sentado (mais de 15 minutos) ?
- 4 - Andar ?
- 5 - Calçar ou descalçar sapatos e meias ?
- 6 - Permanecer em pé (mais de 15 minutos) ?
- 7 - Assistir à TV ?
- 8 - Usar computador, tablet (ou aparelhos similares) ?
- 9 - Carregar pesos (pasta/mochila) ?
- 10 - Dobrar o corpo à frente ?
- 11 - Realizar atividade doméstica ? Qual? _____
- 12 - Praticar atividade física ? Qual ? _____
- 13 - Outra ? Qual? _____

Preencha com o número da atividade na lista ao lado.

Maior dor

Menor dor

- Não sabe responder

5.4

Você consultou algum profissional de saúde devido a(s) dor(es) lombar(es)?

- Não

Sim: - Médico - Fisioterapeuta - Outro _____

5.4

Você fez algum tratamento devido a(s) dor(es) lombar(es)?

- Não

Sim:

- Repouso na cama.

- Parou com a(s) atividade(s) física(s).

- Tomou medicação.

- Fez tratamento Fisioterápico. Qual? _____

- Outro. Qual? _____