

## 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?



## 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.

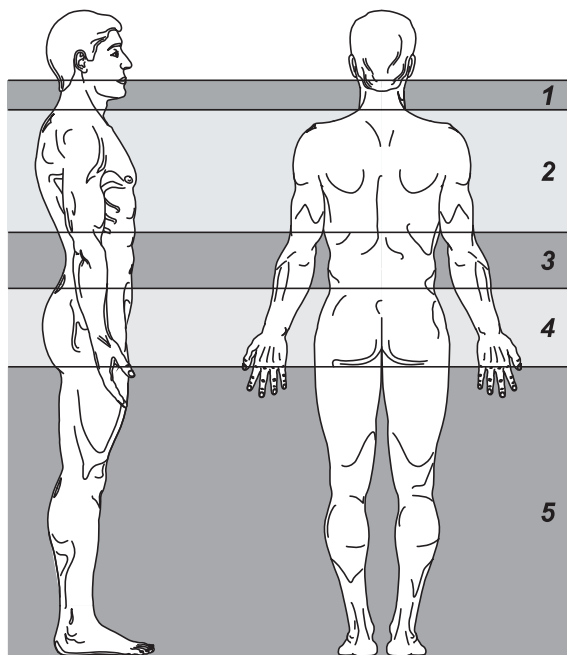


Figura 1

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

- Não sabe responder ou não lembra

- horas    - dias    - semanas    - meses

5.5

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

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  |   | <input type="checkbox"/> - Não                             | <input type="checkbox"/> - 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"/>                                       |

5.6

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

5.7

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

- Não

Sim:  - Médico  - Fisioterapeuta  - Outro

5.8

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?