

# Avaliação de Seguimento - Unificada

## História da doença atual

### Exame Físico

Olá, você está sendo avaliado(a) em relação a lesão do plexo braquial que o(a) trouxe para este atendimento. Queremos saber alguns detalhes sobre como ela aconteceu, através das perguntas que se seguem. Se certifique que elas sejam respondidas da melhor forma possível.

Há 89 perguntas neste questionário

## História da Doença Atual

Olá, você está sendo avaliado(a) em relação a lesão do plexo braquial que o(a) trouxe para este atendimento. Queremos saber alguns detalhes sobre como ela aconteceu, através das perguntas que se seguem. Se certifique que elas sejam respondidas da melhor forma possível.

☐

DATA DA LESÃO.

Utilizar a mesma data referida anteriormente no questionário de AVALIAÇÃO DE ENTRADA UNIFICADA. \*

Favor informar uma data:

Utilizar a mesma data referida anteriormente no questionário de AVALIAÇÃO DE ENTRADA UNIFICADA.

☐  $\{(\text{strtotime}(\text{acquisitiondate}) - \text{strtotime}(\text{datInjTbpi}))/60/60/24\}$

☐

O intervalo de TEMPO entre a presente a AVALIAÇÃO e a LESÃO, em DIAS, é de:

$\{(\text{strtotime}(\text{acquisitiondate}) - \text{strtotime}(\text{datInjTbpi}))/60/60/24\}$

☐ Fez alguma CIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL desde a última avaliação? \*

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

☐

Sim

☐

Não

☐

Não informado / Não avaliado

**[]Para cada cirurgia feita preencher uma FICHA DE CIRURGIA DE PLEXO correspondente na sessão QUESTIONÁRIOS, no NES.**

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '4 [yonlnjBpsurg]' (Fez alguma CIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL desde a última avaliação?)

**[]Fez alguma CIRURGIA DE DOR desde a última avaliação?**  
\*

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[]Para cada cirurgia feita preencher uma FICHA DE CIRURGIA DE DOR correspondente na sessão QUESTIONÁRIOS, no NES.**

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '6 [lstlnjPainsurg]' (Fez alguma CIRURGIA DE DOR desde a última avaliação?)

**[]Fez alguma CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL desde a última avaliação? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[]Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL: \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '8 [yonlnjOrtsurg]' (Fez alguma CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL desde a última avaliação?)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Face
- ☐ Crânio
- ☐ Escápula
- ☐ Clavícula
- ☐ Costela
- ☐ Membro Superior
- ☐ Membro Inferior
- ☐ Vértebra Cervical
- ☐ Vértebra Torácica

- ☐ Vértebra Lombar
- ☐ Sacro e/ou Cóccix
- ☐ Pelve
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de FACE, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mulInjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de CRÂNIO, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mulInjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de ESCÁPULA, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mulInjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de CLAVÍCULA, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mulInjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de COSTELA, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de COSTELA a DIREITA, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '14 [lstlnjOrtsurgRib]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de COSTELA,)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Primeira
- ☐ Segunda
- ☐ Terceira
- ☐ Quarta
- ☐ Quinta
- ☐ Sexta
- ☐ Sétima
- ☐ Oitava
- ☐ Nona
- ☐ Décima
- ☐ Décima primeira
- ☐ Décima segunda
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de COSTELA a ESQUERDA, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '14 [lstlnjOrtsurgRib]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de COSTELA,)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Primeira
- ☐ Segunda
- ☐ Terceira
- ☐ Quarta
- ☐ Quinta
- ☐ Sexta
- ☐ Sétima
- ☐ Oitava
- ☐ Nona
- ☐ Décima
- ☐ Décima primeira
- ☐ Décima segunda
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO SUPERIOR, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO SUPERIOR DIREITO, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '17 [lstlnjOrtsurgULimb]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO SUPERIOR,)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Glenoumeral
- ☐ Braço
- ☐ Cotovelo
- ☐ Antebraço
- ☐ Punho
- ☐ Mão
- ☐ Dedos
- ☐ Não informado / Não avaliado

## []Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Ambos' ou 'Esquerdo' na questão '17 [!st!njOrtsurgULimb]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO SUPERIOR,)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Glenoumeral
- ☐ Braço
- ☐ Cotovelo
- ☐ Antebraço
- ☐ Punho
- ☐ Mão
- ☐ Dedos
- ☐ Não informado / Não avaliado

## []Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mul!njOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

## []Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR DIREITO, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '20 [!st!njOrtsurgLimb]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR,)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Coxofemural
- ☐ Coxa
- ☐ Joelho
- ☐ Perna
- ☐ Tornozelo
- ☐ Pé
- ☐ Dedos
- ☐ Não informado / Não avaliado

## []Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '20 [!stlnjOrtsurgLimb]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR,)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Coxofemural
- ☐ Coxa
- ☐ Joelho
- ☐ Perna
- ☐ Tornozelo
- ☐ Pé
- ☐ Dedos
- ☐ Não informado / Não avaliado

## []Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de VÉRTEBRA CERVICAL,

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ C1
- ☐ C2
- ☐ C3
- ☐ C4
- ☐ C5
- ☐ C6
- ☐ C7
- ☐ Não informado / Não avaliado

## []Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de VÉRTEBRA TORÁCICA,

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ T1
- ☐ T2
- ☐ T3
- ☐ T4

- ☐ T5  
☐ T6  
☐ T7  
☐ T8  
☐ T9  
☐ T10  
☐ T11  
☐ T12

☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de VÉRTEBRA LOMBAR,**

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '9 [mullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL:)

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ L1  
☐ L2  
☐ L3  
☐ L4  
☐ L5  
☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Esta fazendo ou iniciou FISIOTERAPIA desde a ultima avaliação? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Sim  
☐ Não  
☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se esta fazendo FISIOTERAPIA, indique em que LOCAL: \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '26 [yonlnjPhysio]' (Esta fazendo ou iniciou FISIOTERAPIA desde a ultima avaliação?)

Comentar apenas quando você selecionar uma resposta.

Por favor, escolha as opções que se aplicam e faça um comentário:

☐ Na instituição de estudo

☐ Outro

☐ Não avaliado / Não informado



[]Se esta fazendo FISIOTERAPIA, indique a DATA DE INICIO, caso iniciada desde a ultima avaliação

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '26 [yonInjPhysio]' (Esta fazendo ou iniciou FISIOTERAPIA desde a ultima avaliação?)

Favor informar uma data:

Considere a data mais antiga. Se não tiver informação do dia, sempre colocar o primeiro dia do mês.

[]{(strtotime(datInjPhysioDate)-strtotime(datInjTbpi))/60/60/24}

[]Intervalo de tempo entre a lesão e o inicio da fisioterapia, **em dias**, foi de:  
{(strtotime(datInjPhysioDate)-strtotime(datInjTbpi))/60/60/24}

[]Se esta fazendo FISIOTERAPIA, indique com que FREQUÊNCIA, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '26 [yonInjPhysio]' (Esta fazendo ou iniciou FISIOTERAPIA desde a ultima avaliação?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana
- ☐ Quatro vezes por semana
- ☐ Cinco vezes por semana
- ☐ Mais de cinco vezes por semana
- ☐ Não avaliado / Não informado

[]Se esta fazendo FISIOTERAPIA, indique que TIPO DE TERAPIA você faz, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '26 [yonInjPhysio]' (Esta fazendo ou iniciou FISIOTERAPIA desde a ultima avaliação?)

Escolha a(s) que mais se adequem

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Fototerapia
- ☐ Termoterapia
- ☐ Cinesioterapia
- ☐ Eletroterapia

☐ Hidroterapia☐ Não informado / Não avaliado☐ Outros:

**[ ]O seu FISIOTERAPEUTA recebeu INSTRUÇÕES da equipe da instituição do estudo? \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Outro' na questão '27 [mulInjPhysioPlace]' (Se esta fazendo FISIOTERAPIA, indique em que LOCAL:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

☐ Sim☐ Não☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Esta fazendo algum tipo de EXERCÍCIO TERAPÊUTICO DOMICILIAR? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

☐ Sim☐ Não☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Esta fazendo algum tipo de EXERCÍCIO ou ESPORTE SEM ORIENTAÇÃO terapêutica? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

☐ Sim☐ Não☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

☐ Sim☐ Não☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '36 [yonInjOrthesis]' (Faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR no membro superior DIREITO, indique qual(is), \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '37 [!st!njOrthesisSide]' (Se faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR, )

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Tipóia
- ☐ Suporte de ombro
- ☐ Órtese de posicionamento de punho e dedos
- ☐ Órtese de posicionamento de dedos
- ☐ Não informado / Não avaliado
- ☐ Outros:

**[ ]Se faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR no membro superior ESQUERDO, indique qual(is), \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '37 [!st!njOrthesisSide]' (Se faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR, )

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Tipóia
- ☐ Suporte de ombro
- ☐ Órtese de posicionamento de punho e dedos
- ☐ Órtese de posicionamento de dedos
- ☐ Não informado / Não avaliado
- ☐ Outros:

**[ ]Faz uso de MEDICAMENTO(S)? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Sim, e sei o nome dos remédios
- ☐ Sim, mas não sei o nome dos remédios
- ☐ Não faço uso
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ]Se faz uso de MEDICAMENTO(S), indique QUAL(IS),**

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim, e sei o nome dos remédios' na questão '40 [yon!njMedicatio]' (Faz uso de MEDICAMENTO(S)?)

	Nome	Indicação	Dose	Frequencia
Opióides				
Antidepressivos				
Anticonvulsivantes				
Neurolépticos				
Complementos/Vitaminas				
Substâncias naturais/Chás				
outros (classe/medicação):				
outros (classe/medicação):				
outros (classe/medicação):				
outros (classe/medicação):				
outros (classe/medicação):				

## Exame Físico

### [ ]INSPEÇÃO \*

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	DIREITO			ESQUERDO		
	Presente	Ausente	Não avaliado / Avaliação inconclusiva	Presente	Ausente	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Subluxação glenoumeral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escápula alada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinal de Horner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cicatriz da cirurgia de plexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alteração de trofismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### [ ]Se EDEMA a DIREITA, indique a LOCALIZAÇÃO, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '42 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Edema Rótulo DIREITO))

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Região escapular
- ☐ Região glenoumeral
- ☐ Braço
- ☐ Antebraço
- ☐ Mão
- ☐ Dedos
- ☐ Segmento não especificado

### [ ]Se EDEMA a ESQUERDA, indique a LOCALIZAÇÃO, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '42 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Edema Rótulo ESQUERDO))

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Região escapular
- ☐ Região glenoumeral
- ☐ Braço
- ☐ Antebraço
- ☐ Mão
- ☐ Dedos

☐ Segmento não especificado

**[ ]Se CICATRIZ da cirurgia de plexo a DIREITA, indique a LOCALIZAÇÃO, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '42 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Cicatriz da cirurgia de plexo Rótulo DIREITO))

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Cervical
- ☐ Supraclavicular
- ☐ Infraclavicular
- ☐ Escapular
- ☐ Glenoumeral
- ☐ Axila
- ☐ Parede torácica
- ☐ Braço
- ☐ Antebraço
- ☐ Segmento não especificado

**[ ]Se CICATRIZ da cirurgia de plexo a ESQUERDA, indique a LOCALIZAÇÃO. \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '42 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Cicatriz da cirurgia de plexo Rótulo ESQUERDO))

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Cervical
- ☐ Supraclavicular
- ☐ Infraclavicular
- ☐ Escapular
- ☐ Glenoumeral
- ☐ Axila
- ☐ Parede torácica
- ☐ Braço
- ☐ Antebraço
- ☐ Segmento não especificado

**[ ]Se ALTERAÇÃO DE TROFISMO a DIREITA, indique a LOCALIZAÇÃO, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '42 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Alteração de trofismo Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Atrofia	Hipotrofia	Hipertrofia	Sem alterações	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Região cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Região escapular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Região glenoumeral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Braço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebraço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ] Se ALTERAÇÃO DE TROFISMO a ESQUERDA, indique a LOCALIZAÇÃO, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '42 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Alteração de trofismo Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Atrofia	Hipotrofia	Hipertrofia	Sem alterações	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Região cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Região escapular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Região glenoumeral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Braço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebraço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ] Postura escoliótica \***

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Presente	Ausente	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Escoliose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ] SINAL DE TINEL \***

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	DIREITO			ESQUERDO		
	Presente	Ausente	Não avaliado / Avaliação inconclusiva	Presente	Ausente	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Sinal de Tinel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ] Se SINAL DE TINEL a DIREITA, indique a LOCALIZAÇÃO, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '50 [IstPexTinel]' (SINAL DE TINEL (Sinal de Tinel Rótulo DIREITO))

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Região cervical
- ☐ Região supraclavicular

- ☐ Região infraclavicular
- ☐ Região escapular
- ☐ Parede torácica
- ☐ Região glenoumeral
- ☐ Braço
- ☐ Antebraço
- ☐ Mão
- ☐ Dedos
- ☐ Segmento não especificado

**[ ]Se SINAL DE TINEL a ESQUERDA, indique a LOCALIZAÇÃO, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Presente' na questão '50 [IstPexTinel]' (SINAL DE TINEL (Sinal de Tinel Rótulo ESQUERDO))

Escolha a(s) que mais se adeque(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Região cervical
- ☐ Região supraclavicular
- ☐ Região infraclavicular
- ☐ Região escapular
- ☐ Parede torácica
- ☐ Região glenoumeral
- ☐ Braço
- ☐ Antebraço
- ☐ Mão
- ☐ Dedos
- ☐ Segmento não especificado

**[ ]SENSIBILIDADE: \***

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	DIREITO		ESQUERDO	
	Avaliada	Não avaliada / Avaliação inconclusiva	Avaliada	Não avaliada / Avaliação inconclusiva
Sensibilidade superficial tátil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilidade superficial dolorosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propriocepção: Artrestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propriocepção: Cinestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]Se SENSIBILIDADE SUPERFICIAL TÁTIL foi avaliada a DIREITA, indique, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Sensibilidade superficial tátil Rótulo DIREITO))



Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anestesia	Hipoestesia	Hiperestesia	Sem alterações	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
C3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ] Se SENSIBILIDADE SUPERFICIAL TATIL foi avaliada a ESQUERDA, indique, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Sensibilidade superficial tatil Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anestesia	Hipoestesia	Hiperestesia	Sem alterações	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
C3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ] Se SENSIBILIDADE SUPERFICIAL DOLOROSA foi avaliada a DIREITA, indique, \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Sensibilidade superficial dolorosa Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Analgesia	Hipoalgesia	Hiperálgesia	Sem alterações	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
C3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## []Se SENSIBILIDADE SUPERFICIAL DOLOROSA foi avaliada a ESQUERDA, indique, \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Sensibilidade superficial dolorosa Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Analgesia	Hipoalgesia	Hiperalgesia	Sem alterações	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
C3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## []Se propriocepção: ARTRESTESIA foi avaliada a DIREITA, indique \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Propriocepção: Artrestesia Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Preservada	Alterada	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Interfalangeana Proximal (Indicador)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## []Se propriocepção: ARTRESTESIA foi avaliada a ESQUERDA, indique \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Propriocepção: Artrestesia Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Preservada	Alterada	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Interfalangeana Proximal (Indicador)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## []Se propriocepção: CINESTESIA foi avaliado a DIREITA, indique \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Propriocepção: Cinestesia Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Preservada	Alterada	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Interfalangeana			
Proximal (Indicador)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]Se propriocepção: CINESTESIA foi avaliado a ESQUERDA, indique \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Propriocepção: Cinestesia Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Preservada	Alterada	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Interfalangeana			
Proximal (Indicador)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]Se PALESTESIA foi avaliada a DIREITA, indique \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Palestesia Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Presente	Apalestesia	Hipopalestesia	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
Terço Lateral da Clavícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epicôndilo Lateral do Úmero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cabeça da Ulna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]Se PALESTESIA foi avaliada a ESQUERDA, indique \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '53 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Palestesia Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Presente	Apalestesia	Hipopalestesia	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
Terço Lateral da Clavícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epicôndilo Lateral do Úmero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cabeça da Ulna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]MOTRICIDADE: \***

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	DIREITO		ESQUERDO	
	Avaliada	Não avaliada / Avaliação inconclusiva	Avaliada	Não avaliada / Avaliação inconclusiva
Amplitude de movimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Força	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '64 [IstPexMotor]' (MOTRICIDADE: (Amplitude de movimento Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Avaliado	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Flexão de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotação Externa de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão de Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão de Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supinação de Antebraço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pronação de Antebraço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '64 [IstPexMotor]' (MOTRICIDADE: (Amplitude de movimento Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Avaliado	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Flexão de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotação Externa de Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão de Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão de Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supinação de Antebraço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pronação de Antebraço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[ ]Flexão de ombro direito (em graus): \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Flexão de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ] Flexão de ombro esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Flexão de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ] Extensão de ombro direito (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Extensão de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ] Extensão de ombro esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Extensão de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ] Abdução de ombro direito (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Abdução de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ] Abdução de ombro esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Abdução de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## [ ] Rotação Externa de ombro direito (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Rotação Externa de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## [ ] Rotação Externa de ombro esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Rotação Externa de Ombro))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## [ ] Flexão de cotovelo direito (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Flexão de Cotovelo))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## [ ] Flexão de cotovelo esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Flexão de Cotovelo))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## [ ] Extensão de cotovelo direito (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Extensão de Cotovelo))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## [ ] Extensão de cotovelo esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Extensão de Cotovelo))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

**[ ]Supinação de antebraço direito (em graus): \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA:  
(Supinação de Antebraço))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

**[ ]Supinação de antebraço esquerdo (em graus): \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA:  
(Supinação de Antebraço))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

**[ ]Pronação de antebraço direito (em graus): \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA:  
(Pronação de Antebraço))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

**[ ]Pronação de antebraço esquerdo (em graus): \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA:  
(Pronação de Antebraço))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

**[ ]Flexão de punho direito (em graus): \***

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA:  
(Flexão de Punho))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## []Flexão de punho esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Flexão de Punho))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## []Extensão de punho direito (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '65 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Extensão de Punho))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## []Extensão de punho esquerdo (em graus): \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliado' na questão '66 [IstPexRomL]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a ESQUERDA: (Extensão de Punho))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

## []Se FORÇA MUSCULAR avaliada a DIREITA: \*

**Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Avaliada' na questão '64 [IstPexMotor]' (MOTRICIDADE: (Força Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0	1	2	3	4	5	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
Flexão do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotação Externa do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotação Interna do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevação da Escápula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução e Rotação Superior da Escápula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão do Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão do Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	0	1	2	3	4	5	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
Extensão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adução dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oponência do Polegar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[ ] Se FORÇA MUSCULAR avaliada a ESQUERDA: \*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Avaliada' na questão '64 [IstPexMotor]' (MOTRICIDADE: (Força Rótulo ESQUERDO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0	1	2	3	4	5	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
Flexão do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotação Externa do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotação Interna do Ombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevação da Escápula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução e Rotação Superior da Escápula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão do Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão do Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão de Punho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexão dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extensão dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdução dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adução dos Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oponência do Polegar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[ ] Você sente DOR atualmente? \*

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não avaliado / Avaliação inconclusiva

Obrigado por responder a estas questões.

Enviar questionário

Obrigado por ter preenchido o questionário.