

# Avaliação de Entrada - Unificada

## História da doença pregressa

## 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 188 perguntas neste questionário

## História de Doença Pgressa

Para maiores informações da HDP consultar aba "Avaliação Médica".

### [ ] Tem HISTÓRIA PRÉVIA de FRATURA? \*

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) FRATURA(S) PRÉVIA(S): \*

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

A resposta foi 'Sim' na questão '1 [yonPreFracture]' (Tem HISTÓRIA PRÉVIA de FRATURA?)

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 FRATURA PRÉVIA de FACE, \*

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA PRÉVIA de CRÂNIO, \*

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA PRÉVIA de ESCÁPULA, \*

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA PRÉVIA de CLAVÍCULA, \*

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA PRÉVIA de COSTELA, \*

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Se FRATURA PRÉVIA de COSTELA a DIREITA, \***

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '7 [IstPreFractureRib]' (Se FRATURA PRÉVIA 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 FRATURA PRÉVIA de COSTELA a ESQUERDA, \***

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Esquerdo' na questão '7 [IstPreFractureRib]' (Se FRATURA PRÉVIA 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 FRATURA PRÉVIA de MEMBRO SUPERIOR, \***

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

### **[ ] Se FRATURA PRÉVIA de MEMBRO SUPERIOR DIREITO, \***

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

A resposta foi 'Direito' ou 'Ambos' na questão '10 [lstPreFractureULimb]' (Se FRATURA PRÉVIA 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 FRATURA PRÉVIA de MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, \***

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Esquerdo' na questão '10 [lstPreFractureULimb]' (Se FRATURA PRÉVIA 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 FRATURA PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR, \*

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR DIREITO, \*

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

A resposta foi 'Direito' ou 'Ambos' na questão '13 [lstPreFractureLimb]' (Se FRATURA PRÉVIA 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 FRATURA PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, \*

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '13 [lstPreFractureLimb]' (Se FRATURA PRÉVIA 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 FRATURA PRÉVIA de VÉRTEBRA CERVICAL,

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

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 FRATURA PRÉVIA de VÉRTEBRA TORÁCICA,**

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

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 FRATURA PRÉVIA de VÉRTEBRA LOMBAR,**

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

A resposta foi na questão '2 [mulPreFractureSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) PRÉVIA(S):)

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

**[ ]Tem HISTÓRIA PRÉVIA de CIRURGIA ORTOPEDICA ou**

## CRANIOFACIAL? \*

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 PRÉVIA(S): \*

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

A resposta foi 'Sim' na questão '19 [yonPreOrtsurg]' (Tem HISTÓRIA PRÉVIA de CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL?)

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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de FACE, \*

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de CRÂNIO, \*

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de ESCÁPULA, \*

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de CLAVÍCULA, \*

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de COSTELA, \*

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito



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

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

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '25 [IstPreOrtsurgRib]' (Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA 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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de COSTELA a ESQUERDA, \***

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '25 [IstPreOrtsurgRib]' (Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA 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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de MEMBRO SUPERIOR, \***

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## **[ ]Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de MEMBRO SUPERIOR DIREITO, \***

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '28 [lstPreOrtsurgULimb]' (Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA 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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, \***

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '28 [lstPreOrtsurgULimb]' (Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA 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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR, \***

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

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

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '31 [IstPreOrtsurgILimb]' (Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA 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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, \***

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '31 [IstPreOrtsurgILimb]' (Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA 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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de VÉRTEBRA CERVICAL,

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de VÉRTEBRA TORÁCICA,

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

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 ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de VÉRTEBRA LOMBAR,

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

A resposta foi na questão '20 [mulPreOrtsurgSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA(S): )

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

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

**[ ] Tem HISTÓRIA PRÉVIA de CIRURGIA CEREBRAL? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Tem HISTÓRIA PRÉVIA de CIRURGIA de NERVO em membro superior? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Se CIRURGIA PRÉVIA de NERVO em membro superior, \***

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

A resposta foi 'Sim' na questão '38 [yonPreNersurg]' (Tem HISTÓRIA PRÉVIA de CIRURGIA de NERVO em membro superior?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Se CIRURGIA PRÉVIA de NERVO de membro superior DIREITO, \***

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

A resposta foi 'Direito' ou 'Ambos' na questão '39 [lstPreNersurg]' (Se CIRURGIA PRÉVIA de NERVO em membro superior,)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Nervo Musculocutâneo

- ☐ Nervo Axilar
- ☐ Nervo Radial
- ☐ Nervo Interósseo Posterior
- ☐ Nervo Mediano
- ☐ Nervo Interósseo Anterior
- ☐ Nervo Ulnar
- ☐ Não avaliado / Não informado

### **[ ]Se CIRURGIA PRÉVIA de NERVO de membro superior ESQUERDO, \***

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '39 [IstPreNersurg]' (Se CIRURGIA PRÉVIA de NERVO em membro superior,)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Nervo Musculocutâneo
- ☐ Nervo Axilar
- ☐ Nervo Radial
- ☐ Nervo Interósseo Posterior
- ☐ Nervo Mediano
- ☐ Nervo Interósseo Anterior
- ☐ Nervo Ulnar
- ☐ Não avaliado / Não informado

### **[ ]Tem HISTÓRIA PRÉVIA de TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

### **[ ]Tem HISTÓRIA PRÉVIA de TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

### **[ ]Se TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR PRÉVIO, \***

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

A resposta foi 'Sim' na questão '43 [yonPreTsci]' (Tem HISTÓRIA PRÉVIA de TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR?)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Cervical
- ☐ Torácico
- ☐ Lombar
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Tem HISTÓRIA PRÉVIA de DOR? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Indique o(s) SÍTIO(S) de DOR(ES) PRÉVIA(S), \***

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

A resposta foi 'Sim' na questão '45 [yonPrePain]' (Tem HISTÓRIA PRÉVIA de DOR?)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Cefaleia / Dor facial
- ☐ Cervicalgia
- ☐ Dorsalgia
- ☐ Lombalgia
- ☐ Dor em Membro Superior
- ☐ Dor em Membro Inferior
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Não informado / Não avaliado
- ☐ Outros:

**[ ] Se HISTÓRIA PRÉVIA de DOR em MEMBRO SUPERIOR, \***

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

A resposta foi na questão '46 [mulPrePainSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) de DOR(ES) PRÉVIA(S),)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Se HISTÓRIA PRÉVIA de DOR em MEMBRO INFERIOR, \***

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

A resposta foi na questão '46 [mulPrePainSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) de DOR(ES) PRÉVIA(S),)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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



## 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:

Favor informar uma data:

### [ ] DATA de NASCIMENTO:

Favor informar uma data:

[ ]  $\{(strtotime(datInjTbpi) - strtotime(datBirthdate)) / 60 / 60 / 24 / 365.25\} *$

[ ]  
Calcular IDADE por ocasião da LESÃO:  
 $\{(strtotime(datInjTbpi) - strtotime(datBirthdate)) / 60 / 60 / 24 / 365.25\}$

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

$\{strtotime(datInjTbpi (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/765858/gid/631/qid/68116)) - strtotime(datBirthdate (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/765858/gid/631/qid/68276))) / 60 / 60 / 24 / 365.25\}$

A IDADE por ocasião da lesão é a diferença entre a data da lesão e a data de nascimento

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

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

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

### [ ] HISTÓRIA da DOENÇA ATUAL:

Por favor, coloque sua resposta aqui:

### [ ]Qual o LADO da LESÃO? \*

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

### [ ]Identifique o EVENTO que levou ao TRAUMA de PLEXO BRAQUIAL DIREITO. É possível marcar mais do que um evento, \*

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

A resposta foi 'Direito' ou 'Ambos' na questão '56 [IstInjTpbiSide]' (Qual o LADO da LESÃO?)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Acidentes automobilísticos
- ☐ Acidentes motociclísticos
- ☐ Acidentes ocupacionais
- ☐ Lesão por arma de fogo
- ☐ Lesão por objeto pérfuro-cortante
- ☐ Lesão cirúrgica
- ☐ Lesão por efeito de radiações
- ☐ Lesão por atropelamento
- ☐ Lesão por queimadura
- ☐ Lesão por tumor
- ☐ Lesão por estiramento
- ☐ Não informado / Não avaliado
- ☐ Outros:

Marque uma ou mais opções que identificam o(s) evento(s) traumático(s) que lesaram o seu plexo braquial.

### [ ]Identifique o EVENTO que levou ao TRAUMA de PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. É possível marcar mais do que um evento, \*

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Esquerdo' na questão '56 [IstInjTpbiSide]' (Qual o LADO da LESÃO?)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Acidentes automobilísticos
- ☐ Acidentes motociclísticos
- ☐ Acidentes ocupacionais

- ☐ Lesão por arma de fogo
- ☐ Lesão por objeto pérfuro-cortante
- ☐ Lesão cirúrgica
- ☐ Lesão por efeito de radiações
- ☐ Lesão por atropelamento
- ☐ Lesão por queimadura
- ☐ Lesão por tumor
- ☐ Lesão por estiramento
- ☐ Não informado / Não avaliado
- ☐ Outros:

Marque uma ou mais opções que identificam o(s) evento(s) traumático(s) que lesaram o seu plexo braquial.

**[ ] Teve alguma FRATURA ASSOCIADA à LESÃO? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

Fraturou algum segmento no mesmo acidente que levou a lesão do plexo braquial.

**[ ] Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: \***

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

A resposta foi 'Sim' na questão '59 [yonInjFracture]' (Teve alguma FRATURA ASSOCIADA à LESÃO?)

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 FRATURA de FACE, \*

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA de CRÂNIO, \*

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA de ESCÁPULA, \*

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA de CLAVÍCULA, \*

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA de COSTELA, \*

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

## []Se FRATURA de COSTELA a DIREITA, \*

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '65 [lstlnjFractureRib]' (Se FRATURA 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 FRATURA de COSTELA a ESQUERDA, \*

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '65 [lstlnjFractureRib]' (Se FRATURA 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 FRATURA de MEMBRO SUPERIOR, \*

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

A resposta foi na questão '60 [mulInjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

### [ ]Se FRATURA de MEMBRO SUPERIOR DIREITO, \*

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '68 [lftInjFractureULimb]' (Se FRATURA 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 FRATURA de MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, \*

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Esquerdo' na questão '68 [lftInjFractureULimb]' (Se FRATURA 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 FRATURA de MEMBRO INFERIOR, \*

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

### [ ]Se FRATURA de MEMBRO INFERIOR DIREITO, \*

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

A resposta foi 'Direito' ou 'Ambos' na questão '71 [lstlnjFractureLimb]' (Se FRATURA 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 FRATURA de MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, \*

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '71 [lstlnjFractureLimb]' (Se FRATURA 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 FRATURA de VÉRTEBRA CERVICAL,

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

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 FRATURA de VÉRTEBRA TORÁCICA,

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

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 FRATURA de VÉRTEBRA LOMBAR,

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

A resposta foi na questão '60 [mullnjFractureSite]' ( Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) FRATURA(S) ASSOCIADA(S) à LESÃO: )

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

**[ ] Teve LUXAÇÃO GLENOUMERAL ASSOCIADA à LESÃO? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Se LUXAÇÃO GLENOUMERAL ASSOCIADA à LESÃO, \***

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

A resposta foi 'Sim' na questão '77 [yonInjDisloc]' (Teve LUXAÇÃO GLENOUMERAL ASSOCIADA à LESÃO?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Foi submetido a alguma CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL? \***

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 '79 [yonInjOrtsurg]' (Foi submetido a alguma CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL?)

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 '80 [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 '80 [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 '80 [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 '80 [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, \*

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

A resposta foi na questão '80 [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 '85 [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 '85 [IstInjOrtsurgRib]' (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 '80 [mullInjOrtsurgSite]' (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 '88 [IstInjOrtsurgULimb]' (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 '88 [!st!njOrtsurgULimb]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO SUPERIOR,)

Escolha a(s) que mais se adequem(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 '80 [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 INFERIOR DIREITO, \*

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

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '91 [!st!njOrtsurgLimb]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR,)

Escolha a(s) que mais se adequem(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 '91 [!st!njOrtsurg!Limb]' (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 '80 [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 '80 [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 '80 [mulInjOrtsurgSite]' (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

**[ ]Teve TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ASSOCIADO à LESÃO? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ]Ficou DESACORDADO? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Foi submetido a alguma CIRURGIA CEREBRAL? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Teve TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR ASSOCIADO à LESÃO? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Se TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR ASSOCIADO à LESÃO, \*****Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '100 [yonInjTsci]' (Teve TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR ASSOCIADO à LESÃO?)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Cervical
- ☐ Torácico
- ☐ Lombar
- ☐ Não informado / Não avaliado

**[ ] Utilizou DRENO de TÓRAX? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

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

**[ ] Se utilizou DRENO de TÓRAX, \*****Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '102 [yonInjChesttube]' (Utilizou DRENO de TÓRAX?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Direito
- ☐ Esquerdo
- ☐ Ambos



☐ Não informado / Não avaliado

### **[ ] Teve alguma LESÃO VASCULAR ASSOCIADA? \***

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

☐ Sim

☐ Não

☐ Não informado / Não avaliado

### **[ ] Se LESÃO VASCULAR ASSOCIADA, \***

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

A resposta foi 'Sim' na questão '104 [yonlnjVascinj]' (Teve alguma LESÃO VASCULAR ASSOCIADA?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

☐ Direito

☐ Esquerdo

☐ Ambos

☐ Não informado / Não avaliado

### **[ ] Se LESÃO VASCULAR a DIREITA indique o(s) vaso(s) acometidos:**

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

A resposta foi 'Direito' ou 'Ambos' na questão '105 [lstlnjVascinjSide]' (Se LESÃO VASCULAR ASSOCIADA,)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

☐ Artéria subclávia

☐ Veia subclávia

☐ Artéria axilar

☐ Veia axilar

☐ Artéria braquial

☐ Não informado / Não avaliado

### **[ ] Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos: \***

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

A resposta foi 'Esquerdo' ou 'Ambos' na questão '105 [lstlnjVascinjSide]' (Se LESÃO VASCULAR ASSOCIADA,)

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

☐ Artéria subclávia

☐ Veia subclávia

☐ Artéria axilar

☐ Veia axilar

☐ Artéria braquial

☐ Não informado / Não avaliado

**[] Se lesão de ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA**, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '106 [mullnjRVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a DIREITA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[] Se lesão de ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA**, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '107 [mullnjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[] Se lesão de VEIA SUBCLÁVIA DIREITA**, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '106 [mullnjRVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a DIREITA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose terminal- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

Se lesão de VEIA SUBCLÁVIA ESQUERDA, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '107 [mullnjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose terminal- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

Se lesão de ARTÉRIA AXILAR DIREITA, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '106 [mullnjRVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a DIREITA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose terminal- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

Se lesão de ARTÉRIA AXILAR ESQUERDA, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '107 [mullInjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

Se lesão de VEIA AXILAR DIREITA, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '106 [mullInjRVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a DIREITA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

Se lesão de VEIA AXILAR ESQUERDA, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '107 [mullInjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[[

Se lesão de ARTÉRIA BRAQUIAL DIREITA, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '106 [mulInjRVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a DIREITA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[[

Se lesão de ARTÉRIA BRAQUIAL ESQUERDA, qual o tipo de lesão e tratamento,

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

A resposta foi na questão '107 [mulInjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fistula arteriovenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aneurisma verdadeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pseudoaneurisma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Secção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não informado / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### [ ] Está fazendo FISIOTERAPIA? \*

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 '118 [yonInjPhysio]' (Está fazendo FISIOTERAPIA?)

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,

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

A resposta foi 'Sim' na questão '118 [yonInjPhysio]' (Está fazendo FISIOTERAPIA?)

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}

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

A resposta foi 'Sim' na questão '118 [yonInjPhysio]' (Está fazendo FISIOTERAPIA?)

[ ]  
Intervalo de tempo entre a lesão e o início da fisioterapia, **em dias**, foi de:

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

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

A resposta foi 'Sim' na questão '118 [yonInjPhysio]' (Está fazendo FISIOTERAPIA?)

### [ ] Se esta fazendo FISIOTERAPIA, indique com que

## FREQUÊNCIA, \*

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

A resposta foi 'Sim' na questão '118 [yonInjPhysio]' (Está fazendo FISIOTERAPIA?)

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 '118 [yonInjPhysio]' (Está fazendo FISIOTERAPIA?)

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

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 na questão '119 [mullInjPhysioPlace]' (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 '128 [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 '129 [lstInjOrthesisSide]' (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 '129 [!stlnjOrthesisSide]' (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 '132 [yonlnjMedicatio]' (Faz uso de MEDICAMENTO(S)?)

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

**[ ]Já fez alguma CIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL? \***

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 '134 [yonlnjBpsurg]' (Já fez alguma CIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL?)

**[ ] Já fez alguma CIRURGIA DE DOR? \***

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 '136 [lstlnjPainsurg]' (Já fez alguma CIRURGIA DE DOR?)

## 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 '138 [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 '138 [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 cirurgia de plexo a DIREITA, indique a LOCALIZAÇÃO, \***

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

A resposta foi 'Presente' na questão '138 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Cicatriz da cirurgia de plexo Rótulo DIREITO))

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

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

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

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

A resposta foi 'Presente' na questão '138 [IstPexInspectio]' (INSPEÇÃO (Cicatriz da cirurgia de plexo Rótulo ESQUERDO))

Escolha a(s) que mais se adeque(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 '138 [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 '138 [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 '146 [IstPexTinel]' (SINAL DE TINEL (Sinal de Tinel Rótulo DIREITO))

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

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

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

A resposta foi 'Presente' na questão '146 [IstPexTinel]' (SINAL DE TINEL (Sinal de Tinel Rótulo ESQUERDO))

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

**[ ] 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 TATIL foi avaliada a DIREITA, indique, \*

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

A resposta foi 'Avaliada' na questão '149 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Sensibilidade superficial tatil 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 '149 [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 '149 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Sensibilidade superficial dolorosa Rótulo DIREITO))

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Analgesia	Hipoalgesia	Hiperlgesia	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"/>

	Analgesia	Hipoalgesia	Hiperálgesia	Sem alterações	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
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 '149 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Sensibilidade superficial dolorosa Rótulo ESQUERDO))

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 propriocepção: ARTRESTESIA foi avaliada a DIREITA, indique \***

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

A resposta foi 'Avaliada' na questão '149 [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 '149 [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 '149 [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 '149 [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 '149 [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 '149 [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 '160 [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 '160 [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"/>

	Avaliado	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '161 [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 '162 [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 '160 [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"/>

	0	1	2	3	4	5	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
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"/>

[ ] Se FORÇA MUSCULAR avaliada a ESQUERDA: \*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Avaliada' na questão '160 [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"/>

	0	1	2	3	4	5	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
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 APÓS a LESÃO? \*

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ☐ Sim  
☐ Não  
☐ Não avaliado / Avaliação inconclusiva

### [ ] Qual o DIAGNOSTICO sugerido? \*

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	DIREITO	ESQUERDO
Lesão Plexo Braquial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sem qualquer lesão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra lesão que não de plexo braquial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inconclusivo / Não avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Levando em consideração o exame físico e exames complementares.

### [ ] Se LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL DIREITO, \*

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

A resposta foi 'Lesão Plexo Braquial' na questão '186 [IstPexDiagnosis]' (Qual o DIAGNOSTICO sugerido? (DIREITO))

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Tronco Superior C5-C6  
☐ Tronco Superior Estendido C5-C7  
☐ Tronco Inferior C8-T1  
☐ Completa C5-T1  
☐ Divisão Anterior  
☐ Divisão Posterior  
☐ Fascículo Lateral  
☐ Fascículo Posterior  
☐ Fascículo Medial  
☐ Ramos Terminais  
☐ Não avaliado / Avaliação inconclusiva



Levando em consideração o exame físico e exames complementares.

**[ ] Se LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO, \***

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

A resposta foi 'Lesão Plexo Braquial' na questão '186 [IstPexDiagnosis]' (Qual o DIAGNOSTICO sugerido? (ESQUERDO))

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

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Tronco Superior C5-C6
- ☐ Tronco Superior Estendido C5-C7
- ☐ Tronco Inferior C8-T1
- ☐ Completa C5-T1
- ☐ Divisão Anterior
- ☐ Divisão Posterior
- ☐ Fascículo Lateral
- ☐ Fascículo Posterior
- ☐ Fascículo Medial
- ☐ Ramos Terminais
- ☐ Não avaliado / Avaliação inconclusiva

Levando em consideração o exame físico e exames complementares.

Obrigado por responder a estas questões.

Enviar questionário

Obrigado por ter preenchido o questionário.