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 Pregressa

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

Escolha uma das seguintes respostas:
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:
SimNãoNão 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 IoMBAR
Sacro e/ou cóccix
Pelve
☐ Não informado / não avaliado

https://limesurvey-indc.numec.prp.usp.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BR

[]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:
DireitoEsquerdoAmbos
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:
DireitoEsquerdoAmbosNão 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:
DireitoEsquerdoAmbosNão 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:
O 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
☐ Sexta
□ Sétima
 ☐ Oitava
□ Nona
☐ Décima primeira
── Não informado / Não avaliado
[]Se FRATURA PRÉVIA de COSTELA a ESQUERDA, *
Só responder essa pergunta sob as seguintes condições: A resposta foi 'Ambos' <i>ou</i> '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:
O 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 [IstPreFractureULimb]' (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' <i>ou</i> 'Esquerdo' na questão '10 [IstPreFractureULimb]' (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
□ Iviao □ Dedos
☐ Não informado / Não avaliado

https://limesurvey-indc.numec.prp.usp.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey-index.php/

[]Se FRATURA PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR. *

[]Seriotion tractification
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:
O Direito
○ Esquerdo
O Ambos
Não informado / Não avaliado
[]Se FRATURA PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR DIREITO, *
Só responder essa pergunta sob as seguintes condições: A resposta foi 'Direito' <i>ou</i> 'Ambos' na questão '13 [IstPreFractureILimb]' (Se FRATURA PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR,)
Escolha a(s) que mais se adeque(m)
Por favor, escolha as opções que se aplicam:
Coxofemural
Соха
☐ 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' <i>ou</i> 'Ambos' na questão '13 [IstPreFractureILimb]' (Se FRATURA PRÉVIA de MEMBRO INFERIOR,)
Escolha a(s) que mais se adeque(m)
Por favor, escolha as opções que se aplicam:
Coxofemural
Соха
☐ Joelho
☐ Perna
Tornozelo
☐ Pé
☐ Dedos
☐ Não informado / Não avaliado
[]Sa FDATUDA DDÉVIA da VÉDTERDA CEDVICAL

[]Se FRATURA PREVIA de VERTEBRA 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
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
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:
O Direito
○ Esquerdo
O Ambos
Não informado / Não avaliado

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

Só	responder	essa	pergunta	sob as	sequintes	condições:
JU	responder	cssa	pergunta	SUD as	Seguintes	condition cos.

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: O Direito Esquerdo Ambos Não informado / Não avaliado []Se CIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de ESCAPULA, * 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 ÇIRURGIA ORTOPÉDICA ou CRANIOFACIAL PRÉVIA de CLAVICULA, * 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
O 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' <i>ou</i> '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
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' <i>ou</i> '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 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:
O Direito
○ Esquerdo
O 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 [IstPreOrtsurgULimb]' (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' <i>ou</i> 'Ambos' na questão '28 [IstPreOrtsurgULimb]' (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:
O Direito
○ Esquerdo
O 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
Соха
☐ 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
Соха
☐ 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
☐ 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):)

https://limesurvey-indc.numec.prp.usp.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey-index.php/

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 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:
DireitoEsquerdoAmbosNão informado / Não avaliado
[]Se CIRURGIA PRÉVIA de NERVO de membro superior DIREITO, *
Só responder essa pergunta sob as seguintes condições: A resposta foi 'Direito' <i>ou</i> '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
[]Se CIRURGIA PRÉVIA de NERVO de membro superior ESQUERDO, *
Só responder essa pergunta sob as seguintes condições: A resposta foi 'Esquerdo' <i>ou</i> '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 HISTORIA 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
O 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
O 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:
O Direito
○ Esquerdo
O 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:

0	Direito
0	Esquerdo
0	Ambos
\bigcirc	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
гі
{ (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:
O Direito
O Esquerdo
O Ambos
O 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' <i>ou</i> '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' <i>ou</i> '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. [] Indigue 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

O Ambos

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:
DireitoEsquerdoAmbosNão 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:
DireitoEsquerdoAmbosNão 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:
O Direito O Esquerdo

[]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:
O Direito
O Esquerdo
O Ambos
Não informado / Não avaliado
[]Se FRATURA de COSTELA a DIREITA, *
Só responder essa pergunta sob as seguintes condições: A resposta foi 'Ambos' <i>ou</i> 'Direito' na questão '65 [IstInjFractureRib]' (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' <i>ou</i> 'Ambos' na questão '65 [IstInjFractureRib]' (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 [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:
O 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' <i>ou</i> 'Direito' na questão '68 [IstInjFractureULimb]' (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' <i>ou</i> 'Esquerdo' na questão '68 [IstInjFractureULimb]' (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

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:
O 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' <i>ou</i> 'Ambos' na questão '71 [IstInjFractureILimb]' (Se FRATURA de MEMBRO INFERIOR,)
Escolha a(s) que mais se adeque(m)
Por favor, escolha as opções que se aplicam:
Coxofemural
Соха
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' <i>ou</i> 'Ambos' na questão '71 [IstInjFractureILimb]' (Se FRATURA de MEMBRO INFERIOR,)
Escolha a(s) que mais se adeque(m)
Por favor, escolha as opções que se aplicam:
☐ Coxofemural
Соха
Joelho
☐ Perna
☐ Tornozelo
☐ Pé
☐ Dedos
☐ Não informado / Não avaliado

https://limesurvey-indc.numec.prp.usp.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BRAM and the survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey-index.php/admin/printablesurvey-index.php/

[]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
T5
☐ T6
□ 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:
DireitoEsquerdoAmbosNão informado / Não avaliado
[]Foi submetido a alguma CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL? *
Escolha uma das seguintes respostas:
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:
SimNãoNão 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 [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:
O Direito
O Esquerdo
O 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 [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:
O Direito
○ Esquerdo
O 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 [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:
DireitoEsquerdoAmbos
Não informado / Não avaliado
[]Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de

https://limesurvey-indc.numec.prp.usp.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BR

9/2025, 15:25	NPNR - Nucleo de Pesquisa em Neurociência e Reabilitação - INDC - Avaliação o
CLAVÍCULA,	*
	rgunta sob as seguintes condições: ão '80 [mullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA οι
Escolha uma das segui	ntes respostas:
Favor escolher apenas Direito	uma das opções a seguir:
Contraction Esquerdo Ambos	
Não informado / []Se CIRURO COSTELA, *	Não avaliado GIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de
	rgunta sob as seguintes condições: ão '80 [mullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTOPEDICA ou
Escolha uma das segui	ntes respostas:
Favor escolher apenas	uma das opções a seguir:
DireitoEsquerdoAmbosNão informado /	Não avaliado
[]Se CIRURO COSTELA a [GIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de DIREITA, *
Só responder essa pe	rgunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Ambos' ou 'Direito' na questão '85 [IstlnjOrtsurgRib]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de COSTELA,)

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

_				~			
nر	tavor	escolha	28	oncoes	ULIE	SP	aplicam:
01	iu voi,	COCCIIIa	au	OPQUU	quo	\circ	apiloaiii.

Por	favor, escolha as opçoes 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 [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:

0	Direito
0	Esquerdo
0	Ambos
\circ	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)

Р	or	tavor,	escolha	as	opçoes	que	se	apı	ıcam
---	----	--------	---------	----	--------	-----	----	-----	------

Braco

Cotovelo

☐ Glenoumeral

☐ 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' <i>ou</i> 'Esquerdo' 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 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:
O Direito
○ Esquerdo
O 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' <i>ou</i> 'Direito' na questão '91 [IstInjOrtsurgILimb]' (Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR,)
Escolha a(s) que mais se adeque(m)
Por favor, escolha as opções que se aplicam:
Coxofemural
Coxa
☐ Joelho

☐ Perna
☐ Tornozelo
☐ Pé
☐ Dedos
☐ Não informado / Não avaliado
[]Se CIRURGIA ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, *
Só responder essa pergunta sob as seguintes condições: A resposta foi 'Esquerdo' <i>ou</i> 'Ambos' na questão '91 [IstInjOrtsurgILimb]' (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
☐ 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:

30/09/2025, 15:25	NPNR - Nucleo de Pesquisa em Neurociência e Reabilitação - INDC -	· Avaliação de Entrada - Unificada
T3		
☐ T5		
☐ T6		
☐ T7		
☐ T9		
☐ T10		
☐ T11		
☐ T12		
□ Não informado / Não av []\$e CIRURGIA (VERTEBRA LOME	ORTOPEDICA ou CRANIOFACIAL de	
Só responder essa pergunta a A resposta foi na questão '80 [n CRANIOFACIAL:)	sob as seguintes condições: nullnjOrtsurgSite]' (Indique o(s) SÍTIO(S) da(s) CIRURGIA(S) ORTO	PEDICA ou
Escolha a(s) que mais se adequ	ue(m)	
Por favor, escolha as opções qu	ue se aplicam:	
□ L1		
☐ L2		
☐ L3		
L4		
☐ L5		
Não informado / Não av	aliado	
[]Teve TRAUMAT LESÃO? *	ISMO CRANIOENCEFÁLICO ASSOCI	ADO à
Escolha uma das seguintes res	postas:	
Favor escolher apenas uma da	s opções a seguir:	
Sim		
○ Não		
Não informado / Não av	aliado	
[]Ficou DESACOI	RDADO? *	
Escolha uma das seguintes res		
Favor escolher apenas uma da	s opções a seguir:	
Sim		

O 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:
O 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 [yonInjVascinj]' (Teve alguma LESÃO VASCULAR ASSOCIADA?)
Escolha uma das seguintes respostas:
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:
O Direito
○ Esquerdo
O 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 [IstInjVascinjSide]' (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 [IstInjVascinjSide]' (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

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	0	0	0	0	0	0	0
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

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:

Espasmo	Anastomose termino-terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

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:

Espasmo	Anastomose termino-terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Fistula							0
arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

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:

Espasmo	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
							U
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

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 termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	0	0	0	0	0	0	0
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	informado / Não avaliado
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

[]

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 [mullnjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

Espasmo	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

[]

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 [mullnjRVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a DIREITA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

Espasmo	Anastomose termino-terminal	Enxerto	Ligadura O	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

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 [mullnjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

Espasmo	Anastomose termino-terminal	Enxerto	Ligadura O	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0

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 [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
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
	termino- terminal O O O O O O O	termino- terminal Enxerto O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	termino- terminal Enxerto Ligadura O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	termino-terminal Enxerto Ligadura Patch O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	termino-terminal Enxerto Ligadura Patch Sutura O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	termino- terminal Enxerto Ligadura Patch Sutura Tromboembolectomia O O O O O O O O O O O O O O O O

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 [mullnjLVascinj]' (Se LESÃO VASCULAR a ESQUERDA indique o(s) vaso(s) acometidos:)

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Espasmo	0	0	0	0	0	0	0
Fistula arteriovenosa	0	0	0	0	0	0	0
Aneurisma verdadeiro	0	0	0	0	0	0	0
Pseudoaneurisma	0	0	0	0	0	0	0

	Anastomose termino- terminal	Enxerto	Ligadura	Patch	Sutura	Tromboembolectomia	Não informado / Não avaliado
Secção	0	0	0	0	0	0	0
Trombose	0	0	0	0	0	0	0
Não informado / Não avaliado	0	0	0	0	0	0	0
[]Está faze	ndo FISIO	DTERAP	IA? *				
Escolha uma das se	guintes respostas:	:					
Favor escolher aper	nas uma das opçõe	es a seguir:					
Sim							
O Não							
	o / Não avaliado						
[]Se esta f	azendo FI	SIOTER	RAPIA, ir	ndique	em qı	ue LOCAL: *	
Só responder essa A resposta foi 'Sim' r		_		ISIOTERAF	PIA?)		
Comentar apenas qu	uando você selecio	onar uma resp	oosta.				
Por favor, escolha a	s opções que se a	plicam e faça	um comentário):			
Na instituição	de estudo						
Outro							
☐ Não avaliado /	Não informado						
[]Se esta f INICIO,	azendo FI	SIOTER	RAPIA, ir	ndique	a DAT	A DE	
Só responder essa A resposta foi 'Sim' r		_		ISIOTERAF	PIA?)		
Favor informar uma	data:						
Considere a data mais antiga. Se não tiver informação do dia, sempre colocar o primeiro dia do mês.							
{(strtotime(datInjPhy	•		-				
Só responder essa A resposta foi 'Sim' r		_		ISIOTERAF	PIA?)		
[] Intervalo de tempo e	entre a lesão e o in	icio da fisioter	apia, em dias ,	foi de:			
{(strtotime(datInjPhy	sioDate)-strtotime	(datInjTbpi))/6	0/60/24}				
Só responder essa A resposta foi 'Sim' r		_		ISIOTERAF	PIA?)		
[]Se esta f	azendo FI	SIOTER	RAPIA, ir	ndique	com c	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 adeque(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 [mullnjPhysioPlace]' (Se esta fazendo FISIOTERAPIA, indique em que LOCAL:)
Escolha uma das seguintes respostas:
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:
SimNãoNão 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:
SimNãoNão informado / Não avaliado
[]Faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR? * Escolha uma das seguintes respostas:
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:
SimNãoNão 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:
DireitoEsquerdoAmbosNão 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' <i>ou</i> 'Direito' na questão '129 [IstInjOrthesisSide]' (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), \ast

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Esquerdo' *ou* 'Ambos' na questão '129 [IstInjOrthesisSide]' (Se faz uso de DISPOSITIVO AUXILIAR,)

AUXILIAR,)				
Escolha a(s) que mais se ad	eque(m)			
Por favor, escolha as opções	que se aplicam:			
☐ Tipóia				
Suporte de ombro				
Órtese de posicionan	nento de punho e dedos			
Órtese de posicionan	nento de dedos			
☐ Não informado / Não	avaliado			
Outros:				
[]Faz uso de M	 EDICAMENTO(S)? *		
Escolha uma das seguintes		,		
Favor escolher apenas uma				
Sim, e sei o nome do				
Sim, mas não sei o n	ome dos remedios			
Não faço uso				
Não informado / Não	avaliado			
[]Se faz uso de	MEDICAMENT	O(S), indique Q	UAL(IS),	
Só responder essa pergun A resposta foi 'Sim, e sei o n MEDICAMENTO(S)?)	_	i ções: stão '132 [yonInjMedicatio]' (Fa	az uso de	
	Nome	Indicação	Dose	Frequ
Opióides				
Antidepressivos				
Anticonvulsivantes				

	Nome	Indicação	Dose	Frequencia diária
Opióides				
Antidepressivos				
Anticonvulsivantes				
Neurolépticos				
Complementos/Vitaminas				
Substâncias naturais/Chás				
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 [yonInjBpsurg]' (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: O Sim Não Não informado / Não avaliado []Para cada cirurgia feita preencher uma FICHA DE CIRURGIA DE DOR correspondente na sessão QUESTIONARIOS, no NES. Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '136 [IstInjPainsurg]' (Já fez alguma CIRURGIA DE DOR?)

https://limesurvey-indc.numec.prp.usp.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/765858/lang/pt-BR

Exame Físico []INSPEÇÃO *

i di lavoi, escol	па и гоороока	DIREITC			ESQUERI	OO Não avaliado / Avaliação	
	Presente	Ausente	inconclusiva	Presente	Ausente	inconclusiva	
Subluxação glenoumeral	0	0	0	0	0	0	
Escápula alada	0	0	0	0	0	0	
Sinal de Horner	0	0	0	0	0	0	
Edema	0	0	0	0	0	0	
Cicatriz da cirurgia de plexo	0	0	0	0	0	0	
Alteração de trofismo	0	0	0	0	0	0	
[]Se EDI	EMA a D	IREITA,	indique a	LOCALIZ	ZAÇÃO,	*	
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							
Só responder	essa pergunta	a sob as segui	DA, indique intes condições: PexInspectio]' (INSF				
Escolha a(s) qu	ie mais se ade	que(m)					
Por favor, escol	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:
Por favor, escolha as opções que se aplicam: Cervical
☐ Cervical
Cervical Supraclavicular
Cervical Supraclavicular Infraclavicular
Cervical Supraclavicular Infraclavicular Escapular
Cervical Supraclavicular Infraclavicular Escapular Glenoumeral
Cervical Supraclavicular Infraclavicular Escapular Glenoumeral Axila
Cervical Supraclavicular Infraclavicular Escapular Glenoumeral Axila Parede torácica
Cervical Supraclavicular Infraclavicular Escapular Glenoumeral Axila Parede torácica Braço
Cervical Supraclavicular Infraclavicular Escapular Glenoumeral Axila Parede torácica Braço Antebraço
Cervical Supraclavicular Infraclavicular Escapular Glenoumeral Axila Parede torácica Braço Antebraço Segmento não especificado Se ALTERAÇÃO DE TROFISMO a DIREITA, indique a

				Sem	Não avaliado / Avaliação		
	Atrofia	Hipotrofia	Hipertrofia	alterações	inconclusiva		
Região cervical	0	Ö		Ó	0		
Região escapular	Ö	O	Ö	Ö	Ö		
Região glenoumeral	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö		
Braço	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö		
Antebraço	0	0	0	0	0		
Mão	0	0	0	0	Ö		
Dedos	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö		
[]Se ALTERA LOCALIZAÇÂ		TROFISMO	a ESQUI	ERDA, indi	que a		
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 res	sposta adequada	para cada item:					
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,		Sem	Não avaliado / Avaliação		
	Atrofia	Hipotrofia	Hipertrofia	alterações -	inconclusiva		
Região cervical	0	0	0	0	0		
Região escapular	0	0	0	0	0		
Região glenoumeral	0	0	0	0	0		
Braço	0	0	0	0	0		
Antebraço	0	0	0	0	0		
Mão	0	0	0	0	0		
Dedos	O	0	0	0	0		
[]Postura es	coliótica	*					
Por favor, escolha a res	sposta adequada	para cada item:					
•		•		Não	o avaliado /		
	Preser	ite.	Ausente		ão inconclusiva		
Escoliose	110001	110	Addonto	/ tvanaşı			
[]SINAL DE	TINEL *		0		0		
	IIIVLL						
Por favor, escolha a res	sposta adequada	para cada item:					
	DIREITO			ESQUERDO)		
		Não avaliado /		I	Não avaliado /		
		Avaliação			Avaliação		
Presente	Ausente	inconclusiva	Presente	Ausente	inconclusiva		
Sinal de O	0	0	0	0	0		
[]Se SINAL	DE TINEL	. a DIREITA	A, indique	a LOCAL	IZAÇÃO,		
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 o	pções que se apl	icam:					
Região cervical							

Região supraclavi	Região supraclavicular									
Região infraclavio	Região infraclavicular									
Região escapular										
Parede torácica										
Região glenoume	ral									
— ☐ Braço										
— ☐ Antebraço										
☐ Dedos										
☐ Segmento não es	pecificado									
[]Se SINAL D LOCALIZAÇÃ	E TINEL O, *	a ESQUERDA, i	ndique a	3						
Só responder essa per A resposta foi 'Presente'	_	eguintes condições: 6 [IstPexTinel]' (SINAL DE TIN	EL (Sinal de Ti	nel Rótulo ESQUERDO))						
Escolha a(s) que mais se	e adeque(m)									
Por favor, escolha as ope	ções que se apl	icam:								
Região cervical										
Região supraclavi	icular									
Região infraclavio	ular									
Região escapular										
Parede torácica										
Região glenoume	ral									
☐ Braço										
☐ Antebraço										
☐ Mão										
☐ Dedos										
☐ Segmento não es	pecificado									
_ ,	-									
[]SENSIBILIE										
Por favor, escolha a resp	osta adequada									
		DIREITO Não avaliada /		ESQUERDO Não avaliada /						
	Avaliada	Avaliação inconclusiva	Avaliada	Avaliação inconclusiva						
Sensibilidade			\circ							
superficial tatil	0		0	0						
Sensibilidade superficial dolorosa	0	0	0	0						
Propriocepção:										
Artrestesia	O	O	O	O						
Propriocepção: Cinestesia	0	0	0	0						
Palestesia	0	0	0	0						

Não

[]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:

					Não
					avaliado /
				Sem	Avaliação
	Anestesia	Hipoestesia	Hiperestesia	alterações	inconclusiva
C3	0	0	0	0	0
C4	0	0	0	0	0
C5	0	0	0	0	0
C6	0	0	0	0	0
C7	0	0	0	0	0
C8	0	0	0	0	0
T1	0	0	0	0	0
T2	0	0	0	0	0
Т3	0	0	0	0	0

[]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:

					INAU
					avaliado /
				Sem	Avaliação
	Anestesia	Hipoestesia	Hiperestesia	alterações	inconclusiva
C3	0	0	0	0	0
C4	0	0	0	0	0
C5	0	0	0	0	0
C6	0	0	0	0	0
C7	0	0	0	0	0
C8	0	0	0	0	0
T1	0	0	0	0	0
T2	0	0	0	0	0
T3	0	0	0	0	0
	NICTOTI TO A D E	CLIDEDET	STAL DOLO	DOCA (:	19 1

[]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))

					Não
					avaliado /
				Sem	Avaliação
	Analgesia	Hipoalgesia	Hiperalgesia	alterações	inconclusiva
C3	0	0	0	0	0
C4	0	0	0	0	0
C5	0	0	0	0	0

					Não
					avaliado /
				Sem	Avaliação
	Analgesia	Hipoalgesia	Hiperalgesia	alterações	inconclusiva
C6	0	0	0	0	0
C7	0	0	0	0	0
C8	0	0	0	0	0
T1	0	0	0	0	0
T2	0	0	0	0	0
Т3	0	0	0	0	0

[]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:

					Não
					avaliado /
				Sem	Avaliação
	Analgesia	Hipoalgesia	Hiperalgesia	alterações	inconclusiva
C3	0	0	0	0	0
C4	0	0	0	0	0
C5	0	0	0	0	0
C6	0	0	0	0	0
C7	0	0	0	0	0
C8	0	0	0	0	0
T1	0	0	0	0	0
T2	0	0	0	0	0
T3	0	0	0	0	0

[]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:

F7.0	~		te t
Ombro	0	0	0
Cotovelo	0	0	0
Proximal (Indicador)	0	0	0
Interfalangeana			•
	Preservada	Alterada	Não avaliado / Avaliação inconclusiva

[]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))

	Preservada	Alter	ada ,	Não avaliado / Avaliação inconclusiva
Interfalangeana Proximal	0			0
(Indicador)	0		,	O
Cotovelo	0)	0
Ombro	0)	0
[]Se proprioc indique *	epção: CINE	STESIA foi	avaliado a	a DIREITA,
Só responder essa perg A resposta foi 'Avaliada' r DIREITO))	_		ILIDADE: (Proprioc	epção: Cinestesia Rótulo
Por favor, escolha a respo	osta adequada para ca	ada item:		
				Não avaliado /
	Preservada	Alter	ada /	Avaliação inconclusiva
Interfalangeana				
Proximal	0			0
(Indicador)				
Cotovelo	0)	0
Ombro	~ 0)	0
[]Se proprioc indique *	epçao: CINE	SIESIA foi	avaliado a	a ESQUERDA,
Só responder essa perg A resposta foi 'Avaliada' r ESQUERDO))	_		ILIDADE: (Propriod	epção: Cinestesia Rótulo
Por favor, escolha a respe	osta adequada para ca	ada item:		
				Não avaliado /
	Preservada	Alter	ada /	Avaliação inconclusiva
Interfalangeana Proximal (Indicador)	0			0
Cotovelo	0)	0
Ombro	Õ	Č)	Õ
[]Se PALESTE	SIA foi aval	iada a DIRE	EITA, india	iue *
Só responder essa perg			,	
A resposta foi 'Avaliada' r		-	LIDADE: (Palestes	sia Rótulo DIREITO))
Por favor, escolha a respo	osta adequada para ca	ada item:		
				Não Avaliado / Avaliação
	Presente	Apalestesia	Hipopalestesi	-
Terço Lateral da Clavícula	0	0	0	0
Epicôndilo Lateral do Úmero	0	0	0	0
Cabeça da Ulna				
[]Se PALESTE	SIA foi aval	iada a ESQ	UERDA, in	dique *
Sá rospondor occo poro	unta cab ac caculate	os condições:		

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Avaliada' na questão '149 [IstPexSensation]' (SENSIBILIDADE: (Palestesia Rótulo ESQUERDO))

	Presente	Apalestesia	Hipopalestesia	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva	
Terço Lateral da Clavícula	0	0	0	0	
Epicôndilo Lateral do Úmero	0	0	0	0	
Cabeça da Ulna	0	0	0	0	
[]MOTRICID					
Por favor, escolha a re	esposta adequada para	cada item:			
	DIREI	ΓΟ	ESQUE	ERDO	
	Não ava	aliada / Avaliação	Não a	valiada / Avaliação	
	Avaliada in	conclusiva	Avaliada	inconclusiva	
Amplitude de movimento	0	0	0	0	
Força	0	0	0	0	
[]Se AMPI I]	TUDE DE MO	VIMENTO av	valiada a DIR	FITA: *	
A resposta foi 'Avaliada DIREITO))	ergunta sob as seguin a' na questão '160 [lstPo esposta adequada para	exMotor]' (MOTRICIDA	ADE: (Amplitude de mov Não avaliado	imento Rótulo o / Avaliação	
	Ava	liado		clusiva	
Flexão de Ombro	()	0		
Extensão de Ombro		Ď.		Ó	
Abdução de Ombro	-	<u> </u>	-	5	
Rotação Externa de			0		
Ombro	()	0		
Flexão de Cotovelo	()	0		
Extensão de))	
Cotovelo			O		
Supinação de Antebraço	()	0		
Pronação de	()		`	
Antebraço				,	
Flexão de Punho	()	0		
Extensão de Punho	()	0		
[]Se AMPLI]	TUDE DE MO	VIMENTO av	valiada a ESC	OUERDA: *	
	ergunta sob as seguin		· ·	_	
	_		ADE: (Amplitude de mov	imento Rótulo	
Por favor, escolha a re	esposta adequada para	cada item:			
		P I .		o / Avaliação	
Flavão de Octobro		liado	_	clusiva	
Flexão de Ombro)		2	
Extensão de Ombro	()		2	
Abdução de Ombro	())	
Rotação Externa de Ombro	()			
Ombro Flexão de Cotovelo		`		,	
Extensão de)	()	
Cotovelo	())	

9/2023, 13.23	MEMIN - Mucieo de Pesquisa em Neurociencia e Neabilitação - IMDO - Avalia				
	Avaliado	Não avaliado / Avaliação inconclusiva			
Supinação de Antebraço	0	0			
Pronação de Antebraço	0	0			
Flexão de Punho	0	0			
Extensão de Punho	0	O			
[]Flexão de on	nbro direito (em grai	us): *			
	nta sob as seguintes condições: questão '161 [lstPexRomR]' (Se AMPL	LITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA			
Apenas números podem se	r usados nesse campo.				
Por favor, coloque sua resp	osta aqui:				
[]Flexão de on	nbro esquerdo (em g	graus): *			
	nta sob as seguintes condições: questão '162 [IstPexRomL]' (Se AMPL mbro))	ITUDE DE MOVIMENTO avaliada a			
Apenas números podem se	r usados nesse campo.				
Por favor, coloque sua resp	osta aqui:				
[]Extensão de	ombro direito (em g	ıraus): *			
	nta sob as seguintes condições: questão '161 [IstPexRomR]' (Se AMPL	LITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA			
Apenas números podem se	r usados nesse campo.				
Por favor, coloque sua resp	osta aqui:				
[]Extensão de	ombro esquerdo (er	n graus): *			
	nta sob as seguintes condições: questão '162 [IstPexRomL]' (Se AMPL Ombro))	ITUDE DE MOVIMENTO avaliada a			
Apenas números podem se	r usados nesse campo.				
Por favor, coloque sua resp	osta 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 sequintes 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	sequintes	condições:
--	----	-----------	------	----------	--------	-----------	------------

A resposta foi 'Avaliado' na questão '161 [IstPexRomR]' (Se AMPLITUDE DE MOVIMENTO avaliada a DIREITA: (Flexão de Punho))

(Flexão de Punho)))			

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Apenas números podem ser usados nesse campo.

[]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:

		_
l		
l		

[]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:

						INAU
						Avaliado /
						Avaliação
0	1	2	3	4	5	inconclusiva
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
	0 0	0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 1 2 0 0 0 0 0 0 0	0 1 2 3 O O O O O O O	0 1 2 3 4 O O O O O O O O O	0 1 2 3 4 5 O O O O O O O O O O

Não

Não

	0	1	2	3	4	5	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
Rotação Interna do Ombro	0	0	0	0	0	0	0
Elevação da Escápula	0	0	0	0	0	0	0
Abdução e Rotação Superior da Escápula	0	0	0	0	0	0	0
Flexão do Cotovelo	0	0	0	0	0	0	0
Extensão do Cotovelo	0	0	0	0	0	0	0
Extensão de Punho	0	0	0	0	0	0	0
Flexão de Punho	0	0	0	0	0	0	0
Flexão dos Dedos	0	0	0	0	0	0	0
Extensão dos Dedos	0	0	0	0	0	0	0
Abdução dos Dedos	0	0	0	0	0	0	0
Adução dos Dedos	0	0	0	0	0	0	0
Oponência do Polegar	0	0	0	0	0	0	0

[]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))

							Não Avaliado / Avaliação
	0	1	2	3	4	5	inconclusiva
Flexão do Ombro	0	0	0	0	0	0	0
Abdução do Ombro	0	0	0	0	0	0	0
Rotação Externa do Ombro	0	0	0	0	0	0	0
Rotação Interna do Ombro	0	0	0	0	0	0	0
Elevação da Escápula	0	0	0	0	0	0	0
Abdução e Rotação Superior da Escápula	0	0	0	0	0	0	0
Flexão do Cotovelo	0	0	0	0	0	0	0
Extensão do Cotovelo	0	0	0	0	0	0	0
Extensão de Punho	0	0	0	0	0	0	0
Flexão de Punho	0	0	0	0	0	0	0

	0	1	2	3	4	5	Não Avaliado / Avaliação inconclusiva
Flexão dos Dedos	Ö	O	Ó	0	Ö	Ö	O
Extensão dos Dedos	0	0	0	0	0	0	0
Abdução dos Dedos	0	0	0	0	0	0	0
Adução dos Dedos	0	0	0	0	0	0	0
Oponência do Polegar	0	0	0	0	0	0	0
[]Você sente Escolha uma das segui Favor escolher apenas	ntes respo	ostas:		AO:			
Não avaliado / A	valiação i	nconclusiva					
[]Qual o DIA	GNOS	STICO 9	sugeri	do? *			
Por favor, escolha a res							
			IREITO	ESQUERD	0		
Lesão Plexo Braquial	l		0	0			
Sem qualquer lesão			Ŏ	Ŏ			
Outra lesão que não	de plexo	braquial	0	0			
Inconclusivo / Não av	/aliado		0	0			
Levando em consideraç					EITO,	*	
Só responder essa pe A resposta foi 'Lesão Pl (DIREITO))	_	_			(Qual o DI <i>A</i>	AGNOSTICO	sugerido?
Escolha a(s) que mais	se adeque	(m)					
Por favor, escolha as o	pções que	se aplicam:					
☐ Tronco Superior	C5-C6						
☐ Tronco Superior	Estendid	o C5-C7					
Tronco Inferior C	8-T1						
Completa C5-T1							
Divisão Anterior							
☐ Divisão Posterio	r						
Fascículo Latera	I						
Fascículo Poster	rior						
Fascículo Media	l						
☐ Ramos Terminais	S						
☐ Não avaliado / A		nconclusiva					

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 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.

Obrigado por responder a estas questões.

Enviar questionário

Obrigado por ter preenchido o questionário.