

AVALIAÇÃO DE DOR - GPM

Iniciais:	Nº Ficha médica:	Entrevista nº:	Data
Por favor responda cada pergunta, marcando-a:			
			Resposta
			Nota
1- Você tem ou acha que teria dor com atividades intensas como correr, levantar objetos pesados ou participar de atividades que exigem esforço físico?			() Não () Sim
2- Você tem ou acha que teria dor com atividades moderadas como mudar uma mesa pesada de lugar, usar um aspirador de pó, fazer caminhadas ou jogar bola?			() Não () Sim
3- Você tem ou acha que teria dor quando levanta ou carrega sacola de compras?			() Não () Sim
4- Você tem ou acha que teria dor se subisse um andar de escadas ?			() Não () Sim
5- Você tem ou teria dor se subisse apenas alguns degraus de uma escada?			() Não () Sim
6- Você tem ou teria dor quando anda mais de um quarteirão ?			() Não () Sim
7- Você tem ou teria dor quando anda um quarteirão ou menos ?			() Não () Sim
8- Você tem ou teria dor quando toma banho ou se veste ?			() Não () Sim
9- Você já deixou de trabalhar ou fazer atividades por causa da dor?			() Não () Sim
10- Você já deixou de fazer algo que você gosta por causa da dor ?			() Não () Sim
11- Você tem diminuído o tipo de trabalho ou outras atividades que faz devido à dor ?			() Não () Sim
12- O trabalho ou suas atividades já exigiram muito esforço por causa da dor?			() Não () Sim+Be
13- Você tem problemas para dormir devido à dor ?			() Não () Sim
14- A dor impede que você participe de atividades religiosas ?			() Não () Sim
15- A dor impede que você participe de qualquer outra atividade social ou recreativa (além de serviços religiosos) ?			() Não () Sim
16- A dor te impede ou impediria de viajar ou usar transportes comuns ?			() Não () Sim
17- A dor faz você sentir fadiga ou cansaço ?			() Não () Sim
18- Você depende de alguém para te ajudar por causa da dor ?			() Não () Sim
19- Na escala de 0 a 10, com zero significando sem dor e o 10 significando a pior dor que você possa imaginar, como está a sua dor hoje ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			(0-10)
20- Nos últimos sete dias, numa escala de zero a dez, com zero significando dor nenhuma e dez significando a pior dor que você consegue imaginar, indique o quanto em média sua dor tem sido severa ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			(0-10)
21- Você tem dor que nunca some por completo ?			() Não () Sim
22- Você tem dor todo dia ?			() Não () Sim
23- Você tem dor várias vezes por semana ?			() Não () Sim
24- Durante os últimos sete dias, a dor fez você se sentir triste ou depressivo ?			() Não () Sim
PONTUAÇÃO - Dê um ponto para cada "Sim" e somar as respostas numéricas			
PONTUAÇÃO TOTAL (0-42) Pontuação ajustada (Pontuação Total x 2,38) (0-100)			