FICHA DE AVALIAÇÃO

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM TRATAMENTO DE DOR DE CABEÇA E DOR CRÔNICA

O objetivo deste questionário é acrescentar o máximo de informações para a avaliação do seu quadro de dor, de nenhuma forma substituindo a consulta médica. Esses dados podem ser coletados para fins de pesquisa e monitoramento do resultado dos tratamentos, e de nenhuma forma seu nome será exposto. Este questionário será acrescentado ao seu prontuário de forma digitalizada.

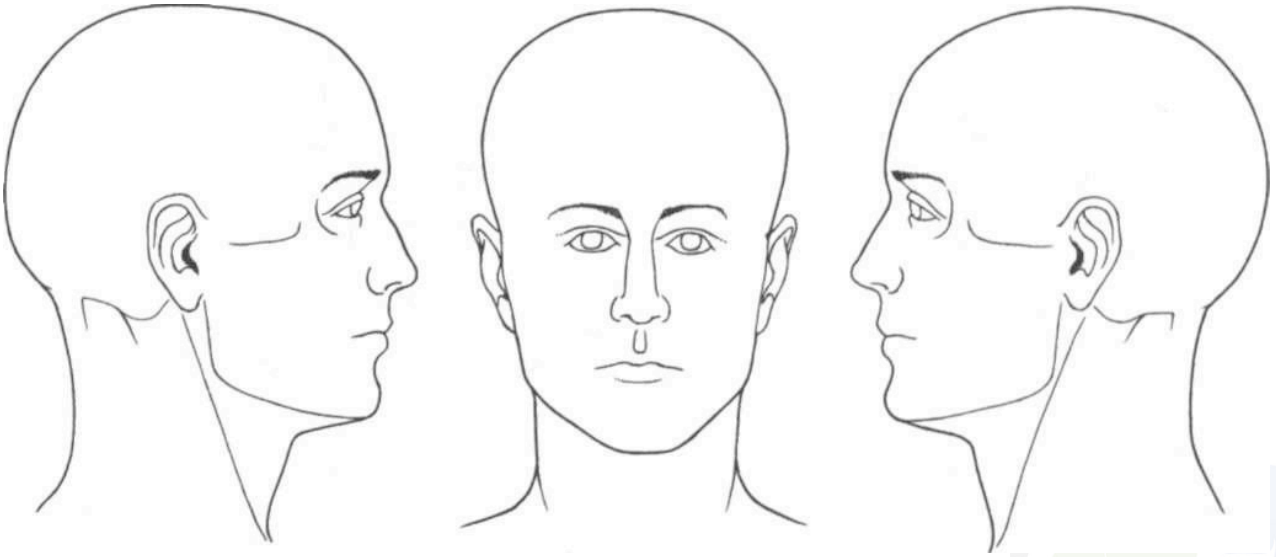
Nome:_____

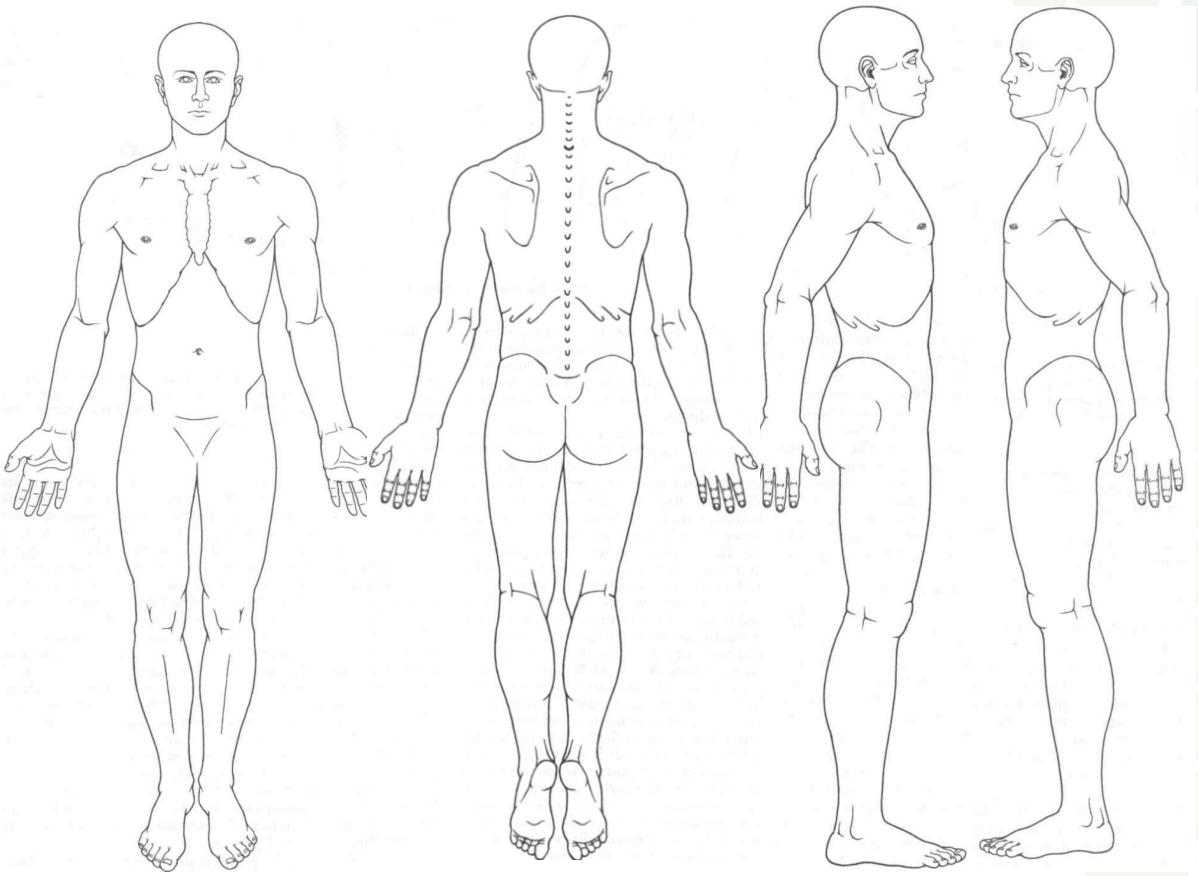
Idade:_____

Data da avaliação:____/____/_____

Desenhe todas as áreas onde sente dor. Depois marque qual é a pior dor.

LADO DIREITO **CENTRO** **LADO ESQUERDO**





Nos últimos 3 meses:

Você sentiu:	Sim	Não	Não sei
a) dor na parte baixa da das costas (lombar)?	( )	( )	( )
b) dor na parte alta das costas (coluna torácica)?	( )	( )	( )
c) dor no pescoço?	( )	( )	( )
d) dor de cabeça ou enxaqueca?	( )	( )	( )
e) dor na barriga?	( )	( )	( )
f) dor nas juntas dos braços mãos pernas ou pés?	( )	( )	( )
g) dor no tórax	( )	( )	( )
h) dor no rosto no queixo ou na junta na frente das orelhas?	( )	( )	( )

Nos últimos 3 meses:

Qual frequência você teve dor?

( )Nenhum ou quase nenhum dia

( )Menos da metade dos dias

( )Mais da metade dos dias

( )Todos os dias

Nos últimos 3 meses:

Qual frequência a dor atrapalhou seu dia a dia ou trabalho?

( )Nenhum ou quase nenhum dia

( )Menos da metade dos dias

( )Mais da metade dos dias

( )Todos os dias

Nos últimos 7 dias:

Qual o número descreve **uma MÉDIA da sua dor?**

Zero = nenhuma dor pode imaginar

10 = Pior dor que você

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nos últimos 7 dias:

Qual o número de escreve o quanto a **dor atrapalhou você desfrutar a vida**?

Zero = Não atrapalhou nada

10 = atrapalhou completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nos últimos 7 dias:

Qual o número de escreve o quanto a **dor atrapalhou nas suas atividades gerais?**

Zero = Não atrapalhou nada

10 = atrapalhou completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soma:____

Adaptado de Von Korff 2021 e Bacher 2008

Quando você sente dor, qual **analgésico** você toma? Escreva **TODOS** os analgésicos que têm usado ultimamente e a quantos dias precisou de usar nos últimos 30 dias.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____

Lembra de analgésicos antigos? Teve alergia ou teve efeito colateral com algum?

_____

_____

_____

Por gentileza, escreva **TODOS** os remédios contínuos que você está usando atualmente, qualquer que seja o motivo. Coloque também **aplicações**, **injeções**, **suplementos alimentares, remédios naturais, vitaminas, reposição hormonal**. Se mulher, não esquecer do anticoncepcional, **ANOTE TUDO**. Coloque a dose e há quanto tempo usa essa medicação.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____

Lembra de remédios antigos? Teve alergia ou teve efeito colateral com algum?

_____

_____

_____

Quais **exames** realizou para investigar a sua dor? Anote os exames e se possível anexar uma cópia do laudo a essa ficha.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

Já teve **outras doenças** no passado que necessitaram de tratamento? Já necessitou fazer alguma **cirurgia**? Teve algum **acidente** ou **trauma** no passado? Anote todas as doenças que tem ou já teve e todas as cirurgias que já fez.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

Faz algum tratamento sem medicamento para as dores ou para outro problema? Fisioterapia, acupuntura, meditação, terapia, hipnose? Anote tudo que você já tentou para tratar a sua dor

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Quantas vezes você já foi ao pronto-socorro por causa da dor?

Quantos dias já ficou INTERNADO por causa da dor?

Tem trabalhado em média quantas horas por dia? _____ horas

Tem feito atividades físicas quantas vezes por semana?_ _____x/semana

Qual atividade física faz e duração? _____

_____

Como está o estresse no dia-a-dia: ( ) nenhum ( ) pouco ( ) moderado ( ) intenso

Como está a qualidade do seu sono: ( )bom ( )ruim ( ) péssimo

Como é a sua alimentação? ( )boa ( )ruim ( ) péssima

Toma quantas xícaras de café por dia? ___ copinhos pequenos e ___ copos grandes

ESCALA DE PENSAMENTO CATASTRÓFICO SOBRE DOR - (B-PCS)

Listamos 13 (treze) declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer quando sente dor. Indique o **GRAU destes pensamentos e sentimentos quando está com dor**.

1) A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é:	**0 mínima**	**1 leve**	**2 moderada**	**3 intensa**	**4 Muito intensa**
2) O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
3) O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
4) O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
5) O pensamento de não poder mais estar com alguém é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
6) O medo que a dor pode se tornar ainda pior é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
7) O pensamento sobre outros episódios de dor é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
8) O desejo profundo que a dor despareça é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
9) O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
10) O pensamento que ainda poderá doer mais é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
11) O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
12) O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é:	**0 mínimo**	**1 leve**	**2 moderado**	**3 intenso**	**4 Muito intenso**
13) A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é:	**0 mínima**	**1 leve**	**2 moderada**	**3 intensa**	**4 Muito intensa**

Soma dos pontos:____

Análise: Alterado >30 pontos. O resultado traz uma sugestão, apenas o médico pode interpretar corretamente.

ESCALA DE ANSIEDADE (GAD-7)

CONSIDERE APENAS AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

Durante as últimas 2 semanas, com que freqüência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? *(Marque sua resposta com "✔")*	**Nenhuma vez**	**Vários dias**	**Mais da metade dos dias**	**Quase todos os dias**
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

Soma dos pontos: _____

Qual o grau de **dificuldade** que esses sintomas lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?
( ) nenhuma dificuldade ( ) alguma dificuldade ( ) muita dificuldade ( )extrema dificuldade

Análise: até 4 sem sintomas, 5 -9 ansiedade leve, 10-14 ansiedade moderada , acima de 15ansiedade grave. O resultado traz uma sugestão, apenas o médico pode interpretar corretamente.

ESCALA DE DEPRESSÃO (PHQ-9)

CONSIDERE APENAS AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

Durante as <u>últimas 2 semanas</u>, com que freqüência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? *(Marque sua resposta com "✔")*	**Nenhuma vez**	**Vários dias**	**Mais da metade dos dias**	**Quase todos os dias**
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

Soma: ___

Qual o grau de **<u>dificuldade</u>** que esses sintomas lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

( ) nenhuma dificuldade ( ) alguma dificuldade ( ) muita dificuldade ( )extrema dificuldade

Análise: até 4 sem sintomas, 5 -9 depressão leve, 10-14 depressão moderada , 15-19 depressão moderadamente grave e acima de 20 grave. O resultado traz uma sugestão, apenas o médico pode interpretar corretamente.

MINI-QUESTIONÁRIO DO SONO (MSQ)

- Você tem dificuldade para adormecer à noite?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você acorda de madrugada e não consegue adormecer novamente?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você toma remédios para dormir ou tranquilizantes?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você dorme durante o dia?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado (a)?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você ronca à noite (que você saiba)?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você acorda durante à noite?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você acorda com dor de cabeça?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você sente cansaço sem nenhum motivo aparente?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

- Você tem sono agitado? (Mudanças constantes de posição ou movimentos de pernas e braços)

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes (5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre

Soma: ___

Qual o grau de **dificuldade** que esses sintomas lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

( ) nenhuma dificuldade ( ) alguma dificuldade ( ) muita dificuldade ( )extrema dificuldade

Análise: sono bom (até 24), dificuldade leve (25-27), dificuldade moderada (28-30) e dificuldade grave (>30). Para o presente estudo, será caracterizada como má qualidade do sono quando houver pontuação ≥25 pontos,