

Triagem para a Pesquisa de Lombalgia realizada pela Mestranda Sandra Amaral, Fisioterapeuta, na Fofito-Cidade Universitária, Usp.

1. Nome Completo: \_
2. Idade \_\_\_\_
3. Peso\_\_                      Altura \_\_\_\_
4. Profissão \_\_\_\_
5. Fone de contato: \_
6. Você tem dor na parte baixa das costas? ( ) SIM ( ) NÃO
7. A frequência da sua dor é:  
( ) Todo dia                      ( ) Um dia sim, um não  
( ) 3X por semana    ( ) 2X por semana    ( ) 1X por semana  
( ) Uma semana sim, uma não                      ( ) 1Xpor mês

8. Escolha um número das expressões faciais que melhor define sua dor, considerando que 1 é quase nenhuma dor e 10 é uma dor insuportável: N.\_



9. Há quanto tempo você possui esta dor?  
( ) 1semana    ( ) 2 semanas    ( ) 3 semanas    ( ) 1 Mês  
( ) 2 meses    ( ) 3 meses                      ( ) Mais de 4 meses    ( ) Mais de um ano
10. Além da parte baixa das costas, você também sente dor:  
( ) no glúteo    ( ) atrás da coxa    ( ) atrás do joelho    ( ) atrás da perna    ( ) no pé  
Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_ Qual a intensidade de 0 a 10? \_\_\_\_\_
11. Sente dor quando está deitado de barriga para cima? \_\_\_\_\_

Qual a intensidade de 0 a 10? \_\_\_\_\_

12. Sente dor em outras partes do corpo? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_ Qual a intensidade de 0 a 10? \_\_\_\_\_

13. Já fraturou a coluna? ( ) SIM ( ) NÃO

14. Já operou a coluna? ( ) SIM ( ) NÃO

15. Já teve ou tem tumor na coluna? ( ) SIM ( ) NÃO

16. Realizou outras cirurgias? ( ) SIM ( ) NÃO

Se SIM, Descreva: \_\_\_\_\_

17. Possui implantes metálicos como placas, parafusos, fios, stent, marcapasso ? ( ) SIM ( ) NÃO

Se SIM, em que região? \_\_\_\_\_

18. Além de dor nas costas, você também tem:

( ) Hérnia de Disco ( ) Fibromialgia ( ) Artrite ( ) Síndrome (Descreva) \_\_\_\_

19. Caso seja do sexo feminino, está grávida? ( ) SIM ( ) NÃO

20. Está fazendo algum tratamento para suas dores?

( ) Com remédios ( ) Acupuntura ( ) Fisioterapia ( ) Outros: Descreva \_\_\_\_\_

21. Faz uso de medicação de uso contínuo?

( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Colesterol ( ) Tireóide ( ) Depressão/Ansiedade

( ) Outros: Descreva: \_\_\_\_\_

22. Tem contra indicação para a realização de Atividade Física? ( ) SIM ( ) NÃO

23. Caso seja chamado (a), terá disponibilidade para vir para o tratamento às terças e quintas à

Tarde (16h30 Ou 17h40 Ou 18h50) por 12 sessões sem faltar? ( ) SIM ( ) NÃO

24. Há algo mais que gostaria de acrescentar? \_\_\_\_\_

( ) Declaro ter respondido com atenção e de forma verdadeira todas as questões acima.