

Índice de Classificação Funcional

Questionário de dor e interferência funcional para avaliar como a dor afeta as atividades diárias

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Instruções

Índice de Classificação Funcional

Por favor, avalie o quanto sua dor interfere nas seguintes atividades diárias. Selecione a opção que melhor descreve seu nível funcional atual para cada atividade.

Intensidade da Dor

Avalie sua intensidade geral de dor *

- ☐ Sem dor
- ☐ Leve — ocasional, não requer medicação
- ☐ Moderada — frequente, requer medicação ocasional
- ☐ Grave — frequente, requer medicação regular
- ☐ Muito grave — constante, medicação oferece alívio limitado

Sono

Quanto a dor interfere no seu sono? *

- ☐ Sem dificuldade para dormir
- ☐ Dificuldade leve, ocasionalmente perco sono
- ☐ Dificuldade moderada, sono frequentemente perturbado
- ☐ Grande dificuldade, durmo menos de 4 horas por noite
- ☐ Completamente incapaz de dormir devido à dor

Cuidados Pessoais

Quanto a dor interfere nos cuidados pessoais (lavar, vestir)? *

- ☐ Sem dificuldade com cuidados pessoais
- ☐ Dificuldade leve, consigo me cuidar independentemente
- ☐ Dificuldade moderada, lento e cuidadoso com as tarefas
- ☐ Preciso de ajuda com cuidados diários
- ☐ Completamente dependente de outros para cuidados pessoais

Viagens e Transporte

Quanto a dor interfere nas viagens (dirigir, viajar)? *

- ☐ Sem dificuldade com viagens
- ☐ Desconforto leve durante viagens mais longas
- ☐ Dificuldade moderada, limita viagens a distâncias mais curtas
- ☐ Consigo viajar apenas distâncias curtas com dor significativa
- ☐ Incapaz de viajar devido à dor

Trabalho e Atividades Diárias

Quanto a dor interfere no seu trabalho ou atividades diárias? *

- ☐ Sem interferência com trabalho/atividades
- ☐ Consigo fazer trabalho usual com alguma dor extra
- ☐ Consigo fazer a maioria do trabalho, mas limitado em tarefas mais pesadas
- ☐ Consigo apenas realizar tarefas leves
- ☐ Incapaz de trabalhar ou realizar atividades diárias

Recreação e Atividades Sociais

Quanto a dor interfere na recreação e atividades sociais? *

- ☐ Sem interferência
- ☐ Limitação leve em atividades mais energéticas
- ☐ Limitação moderada, consigo fazer algumas atividades
- ☐ Limitação grave, muito poucas atividades possíveis
- ☐ Incapaz de participar de qualquer atividade recreativa

Levantamento e Flexão

Quanto a dor interfere no levantamento ou flexão? *

- ☐ Consigo levantar e flexionar sem dor extra
- ☐ Consigo levantar e flexionar com alguma dor extra
- ☐ Dor impede levantamento de objetos pesados do chão
- ☐ Dor impede levantamento de qualquer coisa além de objetos leves
- ☐ Completamente incapaz de levantar ou flexionar

Comentários Adicionais

Há algo mais que você gostaria que seu provedor soubesse sobre como a dor afeta sua vida diária?

Consentimento e Assinatura

Confirmo que as respostas acima refletem com precisão meus níveis atuais de dor e limitações funcionais.

Confirmo que li e compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e compreendo as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.