



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ



ALECE ASSEMBLEIA
LEGISLATIVA
DO ESTADO
DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL

CHECKLIST DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Nome Social: _____

Data Nascimento: _____ Cor: _____

Sexo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Filiação: _____

CPF: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Responsável Legal: _____

R.G. Responsável: _____

2. ANAMNESE:

Você é portador de Fibromialgia, com diagnóstico comprovado? Não () Sim ()

Veio por indicação médica ou pelo NAPFI para o Pilates? Não () Sim ()

Qual? _____

Queixa Principal: _____

Está sob tratamento médico atualmente? Não () Sim () Qual? _____

Faz uso de algum tipo de medicamento? Não () Sim () Qual? _____

Possui algum outro problema de saúde? Não () Sim ()

Qual? _____

Tem filhos? Não () Sim () Quantos?

Mora com alguém? Não () Sim ()

Necessita de ajuda para executar tarefas diárias? Não () Sim ()

Tem alguma alergia? Medicamento () Alimentar () Outra ()

Qual? _____

Possui alguma comorbidade? Não () Sim () Qual? _____

Febre reumática () Diabetes () Tipo: _____ Hipertensão arterial ()

Disfunção na Tireóide Não () Sim ()

Doenças cardíacas (): Arritmia () Doença coronariana ()

Usa próteses: Stents () Válvulas Metálicas ()

Doenças Respiratórias () _____

Doenças reumáticas (): Lúpus () Artrite Reumatóide ()

Doenças Articulares () _____

Doenças Psiquiátricas: (): Depressão () Ansiedade () Síndrome Pânico () Insônia ()

Você tem apoio emocional? Não () Sim ()

Você tem uma rede de suporte? Familiares () Amigos () Espiritualidade () Outros ()

Você tem algum vínculo religioso? Não () Sim () Qual? _____

Na sua família tem ou já teve algum problema de saúde mencionado neste questionário?

Não () Sim () Qual? _____

Consome bebidas alcoólicas? Não () Sim () Frequência: _____

Você é ou já foi fumante? Não () Sim () _____

Há quanto tempo fuma? _____

Tipo de cigarro? _____

3. HÁBITOS E ROTINAS:

Mantém uma rotina de exercícios físicos adequados? Não () Sim ()

Qual? _____

Já frequentou algum serviço especializado em fibromialgia? Não () Sim ()

Qual? _____

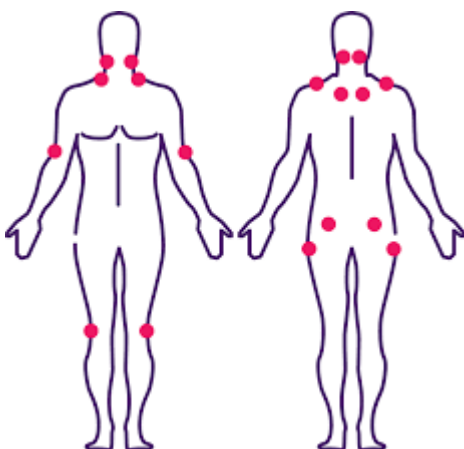
Faz algum tipo de atividade física? Musculação () RPG() PILATES() Hidroginástica ()

Cumpre as orientações de medicações diárias? Não () Sim ()

Mantém ambiente de repouso adequado? Não () Sim ()

4. EXAME FÍSICO:

Assinale abaixo os locais nos quais sente dor:



Região Cervical
Região Anterior
Região Posterior
Total

5. ESCALAS DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DA DOR:

- (0) = Ausência de **Dor**.
- Um a Três (1 a 3) = **Dor** de fraca intensidade.
- Quatro a Seis (4 a 6) = **Dor** de intensidade moderada.
- Sete a Nove (7 a 9) = **Dor** de forte intensidade.
- Dez (10) = **Dor** de intensidade Zero insuportável.



1. Escala de Força Muscular

0 - Não se percebe nenhuma contração

1 - Traço de contração, sem produção do movimento

2 - Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade

3 - Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional

4 - Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade

5 - É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Fonte: Elastic (2021).

COMO VOCÊ ESPERA QUE O PILATES POSSA CONTRIBUIR NO SEU TRATAMENTO?

→ Link: <https://pdf.ac/3iYARL>

→ QR CODE:



Acesse aqui o checklist!