



Nome: _____

Data: ___/___/___

FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA DOR DA FIBROMIALGIA

Responda as 12 perguntas abaixo. Saiba mais sobre a dor que você está sentindo e responda ao seu médico.

1	Há quanto tempo você tem dor? <input type="checkbox"/> Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 3 meses ou mais
2	Onde você sente sua dor? <i>(Marque todos que se aplicam)</i> <input type="checkbox"/> Por toda parte <input type="checkbox"/> Nos dois lados do meu corpo <input type="checkbox"/> Acima e abaixo da minha cintura <input type="checkbox"/> Apenas em partes específicas do meu corpo (por exemplo, meu pescoço ou minhas pernas)
3	Algum dos sintomas a seguir acompanha sua dor? <i>(Marque todos que se aplicam)</i> <input type="checkbox"/> Sensibilidade muscular <input type="checkbox"/> Dor profunda e constante <input type="checkbox"/> Dor de gripe <input type="checkbox"/> Dor como de um tiro ou irradiando <input type="checkbox"/> Rigidez
4	Na última semana, em quantos dias a dor interferiu na sua vida diária? 1 2 3 4 5 6 7



5	<p>Sua dor interfere em sua capacidade de fazer alguma das seguintes coisas? (<i>Marque todos que se aplicam</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ir para o trabalho / executar bem o trabalho<input type="checkbox"/> Cuidar da família<input type="checkbox"/> Terminar as tarefas domésticas<input type="checkbox"/> Socializar / ver amigos<input type="checkbox"/> Participar de atividades / hobbies
6	<p>Sua dor afeta seu sono?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> De modo nenhum<input type="checkbox"/> Um pouco<input type="checkbox"/> Frequentemente<input type="checkbox"/> Sempre
7	<p>O cansaço interfere em sua vida diária?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> De modo nenhum<input type="checkbox"/> Um pouco<input type="checkbox"/> Frequentemente<input type="checkbox"/> Sempre
8	<p>Você tem problemas com sua memória ou concentração?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> De modo nenhum<input type="checkbox"/> Um pouco<input type="checkbox"/> Frequentemente<input type="checkbox"/> Sempre
9	<p>Você já foi diagnosticado com outras condições (excluindo fibromialgia)?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>



10	Você tem depressão ou ansiedade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11	Você foi diagnosticado com fibromialgia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12	O que você está fazendo para ajudar a sua dor crônica? <i>(Marque todas as que se aplicam)</i> <input type="checkbox"/> Medicamento sem receita <input type="checkbox"/> Prescrição médica <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Terapia cognitiva comportamental <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Terapia quiroprática <input type="checkbox"/> Aplicando calor ou frio <input type="checkbox"/> Outros

Imprima suas respostas e leve-as ao seu médico

Esta informação ajudará seu médico a avaliar sua dor. Lembre-se, apenas o seu médico pode determinar se a sua dor é fibromialgia. Essas respostas ajudarão você a iniciar sua conversa com seu médico. Salve-as em seu computador. Imprima para o sua próxima consulta.