



Setor de Fisioterapia

QUESTIONÁRIO UCLA

(para Ombro)

Nome do PACIENTE: _____

DATA: _____/_____/_____

Leia o texto a seguir e assinale cada frase, conforme solicitado. Tenha em mente que este questionário será aplicado a todos os pacientes no início e no final do tratamento, não implicando em nenhuma alteração na posição da fila de espera do setor de fisioterapia. Qualquer dúvida pergunte ao atendente.

Faça um círculo em volta do número que melhor responde cada uma das 5 (cinco) questões:

1. DOR	ESCORES
Presente todo do tempo, insurpotável; uso freqüente de analgésicos fortes.	1
Presente todo o tempo, suportável; uso ocasional de analgésicos fortes.	2
Fraca / ausente em repouso, presente em atividades leves; uso freqüente de salicilatos.	4
Presente em atividades pesadas / específicas; uso freqüente de salicilatos.	6
Ocasional e fraca.	8
Ausente.	10
2. FUNÇÃO	
Incapacidade de usar o membro.	1
Realização apenas de algumas atividades leves.	2
Capacidade de realização de atividades domésticas e cotidianas.	4
Capacidade de realização de atividades domésticas, de dirigir, pentear-se e abotoar atrás.	6
Restrição leve, capacidade de executar trabalhos acima do ombro.	8
Atividades normais.	10
3. FLEXÃO ATIVA	
> 150°	5
de 120 a 150°	4
de 90 a 120°	3
de 45 a 90°	2
de 30 a 45°	1
< 30°	0
4. FORÇA DE FLEXÃO ANTERIOR (TESTE DE FORÇA MANUAL)	
Grau 5 (normal)	5
Grau 4 (bom)	4
Grau 3 (regular)	3
Grau 2 (fraco)	2
Grau 1 (contrações musculares)	1
Grau 0 (ausente)	0
5. SATISFAÇÃO DO PACIENTE	
Satisfeito e melhor	5
Insatisfeito	0
Preenchido pelo setor de FISIOTERAPIA-> -> -> (Máximo = 35)	