

ANEXO 1

Av.1- Dados e anamnese

* Indica uma pergunta obrigatória

1. **Nome completo:** *

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2. **Data da avaliação:** *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. **Assinatura de termos:**

Marque todas que se aplicam.

☐ Termo de consentimento livre e esclarecido

4. **Data de nascimento:**

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. **Idade:**

6. **Sexo:**

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

7. **Ocupação:**

8. **Encaminhado por:**

Nome do profissional ou instituição

9. **Escolaridade**

Marcar apenas uma oval.

☐ Educação básica

☐ Ensino Superior Incompleto

☐ Ensino Superior Completo

☐ Sem escolaridade

10. **Telefone**

11. **Endereço**

12. **Contato de Emergência**

Nome completo, parentesco e contato em caso de emergência

ANAMNESE

13. **Diagnóstico clínico**

Diagnóstico médico principal

14. **Queixa principal**

15. **Cirurgia a ser realizada**

16. **Histórico de Doença Atual**

17. **Histórico de Doença Pgressa**

18. **Antecedentes Cirúrgicos**

Cirurgias prévias, datas, tempo de internação e complicações

19. **Medicações**

Nome, dosagem, tempo de uso e modo (horário, frequência)

20. **Exames complementares**

Descrição de exames (laboratoriais, imagem) dos últimos 6 meses

21. **Expectativa sobre a cirurgia**

22. **Vacinação**

Esquema vacinal completo e atualizado? Vacinação contra COVID-19? Quantas Doses?

23. Teve COVID-19?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

24. Se teve COVID, como se deu a manifestação da doença?

Data (ano), gravidade, necessidade de internação hospitalar e sequelas.

ANTECEDENTES PESSOAIS

25. **Tabagismo**

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

26. **Tabagismo tempo de uso**

27. **Etilismo**

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

28. **Etilismo tempo de uso**

29. **História ocupacional**

30. **Antecedentes Familiares (Relacionados a saúde)**

31. **Massa corporal máxima atingida**

Valor e data

Exame físico

Sinais vitais

32. **Saturação Periférica de Oxigênio (SpO2)**

33. **Pressão arterial**

34. **Frequência cardíaca**

35. **Frequência respiratória**

36. **Ausculta pulmonar**

Inspeção

37. **Perfusão periférica**

Marcar apenas uma oval.

☐ Preservada

☐ Reduzida

38. **Coloração da pele**

Marcar apenas uma oval.

☐ Normocorado

☐ Hipocorado

☐ Hiperemia

39. **Condição da pele**

Marcar apenas uma oval.

☐ Hidratada

☐ Desidratada

40. **Se possuir lesão, local:**

41. **Baqueteamento digital**

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

42. **Tórax**

Marcar apenas uma oval.

☐ Normal

☐ Alterado

43. **Se tórax alterado, descrever alteração**

44. **Uso de musculatura acessória**

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

45. **Se possui tosse:**

Marcar apenas uma oval.

☐ Eficaz

☐ Ineficaz

46. **Se possui tosse:**

Marcar apenas uma oval.

☐ Produtiva

☐ Improdutiva

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO 2

Questionários de avaliação PREPARA

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Nome do paciente *

2. Data da avaliação

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

WHOQOL-BREF

Você deve selecionar o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve selecionar o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Médio = 3
- ☒ Muito = 4
- ☐ Completamente = 5

Você deve selecionar o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e selecione no número e lhe parece a melhor resposta.

3. **1- Como você avaliaria qualidade de vida?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito ruim = 1
- ☐ Ruim = 2
- ☐ Nem ruim nem boa = 3
- ☐ Boa = 4
- ☐ Muito boa = 5

4. **2- Quão satisfeito você está com a sua saúde?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

Você deve selecionar o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e selecione no número e lhe parece a melhor resposta.

5. **3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

6. **4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

7. **5- O quanto você aproveita a vida?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

8. **6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?***Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

9. **7- O quanto você consegue se concentrar?***Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

10. **8- Quão seguro você se sente em sua vida diária?***Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

11. 9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

12. 10- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

13. 11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

14. 12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

15. 13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

16. **14- Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada = 1
- ☐ Muito pouco = 2
- ☐ Mais ou menos = 3
- ☐ Bastante = 4
- ☐ Extremamente = 5

17. **15- Quão bem você é capaz de se locomover?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito ruim = 1
- ☐ Ruim = 2
- ☐ Nem ruim nem bom = 3
- ☐ Bom = 4
- ☐ Muito bom = 5

18. **16- Quão satisfeito você está com o seu sono ?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

19. **17- Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

20. **18- Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

21. **19- Quão satisfeito você está consigo mesmo?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

22. **20- Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

23. **21- Quão satisfeito você está com sua vida sexual?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

24. **22- Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

25. **23- Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

26. **24- Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

27. **25- Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

28. **26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca = 1
- ☐ Algumas vezes = 2
- ☐ Frequentemente = 3
- ☐ Muito frequentemente = 4
- ☐ Sempre = 5

As questões seguintes referem-se o quão satisfeito você está com o seu hábito alimentar e intestinal nas últimas duas semanas.

29. **27- Quão satisfeito(a) você está com o seu hábito alimentar? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

30. **28- Quão satisfeito(a) você está com o seu hábito intestinal? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito insatisfeito = 1
- ☐ Insatisfeito = 2
- ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito = 3
- ☐ Satisfeito = 4
- ☐ Muito satisfeito = 5

HADS - Escala hospitalar de ansiedade e depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque a alternativa que melhor corresponde como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

31. **1- Eu me sinto tenso ou contraído: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Boa parte do tempo
- ☐ De vez em quando
- ☐ Nunca

32. **2- Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, do mesmo jeito que antes
- ☐ Não tanto quanto antes
- ☐ Só um pouco
- ☐ Já não sinto prazer em nada

33. **3- Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, e de um jeito muito forte
- ☐ Sim, mas não tão forte
- ☐ Um pouco, mas isso não me preocupa
- ☐ Não sinto nada disso

34. **4- Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Do mesmo jeito que antes
- ☐ Atualmente um pouco menos
- ☐ Atualmente bem menos
- ☐ Não consigo mais

35. **5- Estou com a cabeça cheia de preocupações: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Boa parte do tempo
- ☐ De vez em quando
- ☐ Raramente

36. **6- Eu me sinto alegre: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ A maior parte do tempo

37. **7- Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca

38. **8- Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Nunca

39. **9- Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

40. **10- Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Completamente
- ☐ Não estou mais me cuidando como deveria
- ☐ Talvez não tanto quanto antes
- ☐ Me cuido do mesmo jeito que antes

41. **11- Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**

*

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, demais
- ☐ Bastante
- ☐ Um pouco
- ☐ Não me sinto assim

42. **12- Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Do mesmo jeito que antes
- ☐ Um pouco menos do que antes
- ☐ Bem menos do que antes
- ☐ Quase nunca

43. **13- De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A quase todo momento
- ☐ Varias vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Não sinto isso

44. **14- Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Quase sempre
- ☐ Várias vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

Escala de autoeficácia para o exercício físico (PESES)

Para cada uma das cinco afirmações que se seguem, escolha o número que melhor exprime a sua opinião acerca da prática de exercício, mesmo que não o pratique. O que pensa sobre isso? Não há respostas certas ou erradas.

45. **1- Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando tenho preocupações e problemas.**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 = De modo nenhum é verdade
- ☐ 2 = Dificilmente é verdade
- ☐ 3 = Provavelmente é verdade
- ☐ 4 = Exatamente verdade

46. **2- Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto deprimido(a).**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 = De modo nenhum é verdade
- ☐ 2 = Dificilmente é verdade
- ☐ 3 = Provavelmente é verdade
- ☐ 4 = Exatamente verdade

47. **3- Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto tenso(a).**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 = De modo nenhum é verdade
- ☐ 2 = Dificilmente é verdade
- ☐ 3 = Provavelmente é verdade
- ☐ 4 = Exatamente verdade

48. **4- Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando me sinto cansado(a).**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 = De modo nenhum é verdade
- ☐ 2 = Dificilmente é verdade
- ☐ 3 = Provavelmente é verdade
- ☐ 4 = Exatamente verdade

49. **5- Eu consigo realizar exercício físico mesmo quando estou ocupado(a).**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 = De modo nenhum é verdade
- ☐ 2 = Dificilmente é verdade
- ☐ 3 = Provavelmente é verdade
- ☐ 4 = Exatamente verdade

ESCALA MRC - MEDICAL RESEARCH COUNCIL50. **Selecione a frase com qual você mais se identifica ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
- ☐ 1- Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.
- ☐ 2- Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas da minha idade.
- ☐ 3- Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhadas no plano.
- ☐ 4- Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ Curto)

Nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender quão ativos nós somos em relação às pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Obrigada pela sua participação.

51. **1. a- Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos em casa, na escola ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?**
-
52. **1. b- Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando?**
-
53. **2. a- Em quantos dias da ultima semana você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração?**
-
54. **2. b- Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo total você gastou fazendo essas atividades por dia?**
-
55. **3. a- Em quantos dias da ultima semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?**
-

56. **3. b- Nos dias que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?**

57. **4. a- Quanto tempo total em horas você gasta sentado durante dia de semana?**

58. **4. b- Quanto tempo em horas no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?**

Avaliação para Sarcopenia

59. **FORÇA**

Qual é a sua dificuldade em levantar ou carregar 4kg?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0- Nenhuma
- ☐ 1 - Alguma
- ☐ 2- Muito ou incapaz

60. ASSISTÊNCIA AO CAMINHAR

Qual é a sua dificuldade em caminhar através de um quarto?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Nenhuma
- ☐ 1 - Alguma
- ☐ 2- Muito ou incapaz

61. LEVANTAR DA CADEIRA

Qual é a sua dificuldade em sair da cama ou da cadeira?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Nenhuma
- ☐ 1 - Alguma
- ☐ 2- Muito ou incapaz

62. SUBIR ESCADAS

Qual é a sua dificuldade em subir 10 degraus?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Nenhuma
- ☐ 1 - Alguma
- ☐ 2- Muito ou incapaz

63. **QUEDAS**

Quantas vezes você caiu no último ano?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Nenhuma
- ☐ 1 - Alguma
- ☐ 2- Muito ou incapaz

A Escala de Humor de Brunel (BRUMS)

Abaixo está uma lista de palavras que descrevem sentimentos. Por favor, leia tudo atenciosamente. Em seguida selecione, em cada linha, o quadrado que melhor descreve **COMO VOCÊ SE SENTE AGORA**. Tenha certeza de sua resposta para cada questão, antes de selecionar.

64. 1- Apavorado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

65. 2- Animado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

66. 3- Confuso

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

67. 4- Esgotado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

68. 5- Deprimido

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

69. 6- Desanimado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

70. 7- Irritado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

71. 8- Exausto

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

72. 9- Inseguro

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

73. 10- Sonolento

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

74. 11- Zangado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

75. 12- Triste

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

76. 13- Ansioso

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

77. 14- Preocupado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

78. 15- Com disposição

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

79. 16- Infeliz

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

80. 17- Desorientado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

81. 18- Tenso

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

82. 19- Com raiva

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

83. 20- Com energia

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

84. 21- Cansado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

85. 22- Mal-humorado

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

86. 23- Alerta

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

87. 24- Indeciso

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = Nada
- ☐ 1 = Um pouco
- ☐ 2 = Moderadamente
- ☐ 3 = Bastante
- ☐ 4 = Extremamente

ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

É uma ferramenta usada para avaliação da qualidade do sono e de possíveis distúrbios no último mês

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

88. 1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? *

Hora usual de deitar

89. **2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?** *

Número de minutos

90. **3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?** *

Hora usual de levantar

91. **4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).** *

Horas de sono por noite

- 5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:**

92. **A. Não conseguiu adormecer em até 30 minutos** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

93. **B. Acordou no meio da noite ou de manhã cedo ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

94. **C. Precisou levantar para ir ao banheiro ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

95. **D. Não conseguiu respirar confortavelmente ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

96. **E. Tossiu ou roncou forte ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

97. **F. Sentiu muito frio ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

98. **G. Sentiu muito calor ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

99. **H. Teve sonhos ruins ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

100. **I. Teve dor ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

101. **J. Outras razões, por favor, descreva: ***

Motivo e quantas vezes na semana

102. **6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

103. **7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

104. **8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

105. **9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma dificuldade
- ☐ 2 Um problema leve
- ☐ 3 Um problema razoável
- ☐ 4 Um grande problema

106. **10. Você tem um parceiro(a), esposo(a) ou colega de quarto? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Parceiro ou colega, mas em outro quarto
- ☐ Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama
- ☐ Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele com que frequência, no último mês você apresentou:

107. **A) Ronco forte ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

108. **B) Longas paradas de respiração enquanto dormia ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

109. **C) Contrações ou puxões de pernas enquanto dormia ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

110. **D) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 Nenhuma no último mês
- ☐ 2 Menos de uma vez por semana
- ☐ 3 Uma ou duas vezes por semana
- ☐ 4 Três ou mais vezes na semana

111. **E) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor, descreva:**

*

Qual alteração e quantas vezes na semana

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ESE)

É um questionário autoaplicável que avalia a probabilidade de adormecer em oito situações envolvendo atividades diárias, algumas delas conhecidas como sendo altamente atividades que estimulam o sono

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações?

Considere o modo de vida que você tem levado recentemente. Mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas recentemente, tente imaginar como elas o afetariam. Escolha o número mais apropriado para responder cada questão.

112. **1. Sentado e lendo ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
- ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
- ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
- ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar

113. **2. Assistindo TV ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
- ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
- ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
- ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar

114. **3. Sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra) ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
- ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
- ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
- ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar

115. **4. Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
- ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
- ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
- ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar

116. **5. Ao deitar-se à tarde para descansar, quando possível ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
- ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
- ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
- ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar

117. **6. Sentado conversando com alguém ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
- ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
- ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
- ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar

118. **7. Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
- ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
- ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
- ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar

119. **8. Em um carro parado no trânsito por alguns minutos ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 = nunca cochilaria
 - ☐ 1 = pequena probabilidade de cochilar
 - ☐ 2 = média probabilidade de cochilar
 - ☐ 3 = grande probabilidade de cochilar
-

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Questionário STOP-Bang

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Qual o seu nome? *

2. Data: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Avaliadores *

4. Você é do sexo masculino? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

5. Você ronca alto (alto o suficiente que pode ser ouvido através de portas fechadas ou seu companheiro cutuca você à noite para parar de roncar)? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

6. Você frequentemente se sente cansado, exausto ou sonolento durante o dia (como, por exemplo, adormecer enquanto dirige)? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

7. Alguém observou que você para de respirar ou engasga/fica ofegante durante o seu sono? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

8. Você tem ou está sendo tratado para pressão sanguínea alta? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

9. Você possui um Índice de massa corporal maior que 35 kg/m² ? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

10. Seu pescoço é grosso?

*

(Medida em volta do pomo de Adão)

Para homens, o colarinho da sua camisa é de 43 cm ou mais? Para mulheres, o colarinho da sua camisa é de 41 cm ou mais?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

11. Você possui mais de 50 anos? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

CrITÉRIOS de Pontuação:

Para a população geral

Baixo risco de AOS (apneia obstrutiva do sono): Sim para 0 a 2 perguntas

Risco intermediário de AOS: Sim para 3 a 4 perguntas

Risco alto de AOS: Sim para 5 a 8 perguntas

ou Sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + sexo masculino

ou Sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + IMC > 35 kg/m²

ou Sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + circunferência do pescoço
(43 cm em homens, 41 cm em mulheres)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO 4

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da avaliação: ____ / ____ / ____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

Dia da semana (1 ponto).....	
Dia do mês (1 ponto).....	
Mês (1 ponto).....	
Ano (1 ponto).....	
Hora aproximada (1 ponto).....	
Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto).....	
Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto).....	
Bairro ou rua próxima (1 ponto).....	
Cidade (1 ponto).....	
Estado (1 ponto).....	

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.	
Dê 1 ponto para cada resposta correta	
Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. CARRO, JANELA, FACA BOLA, PRATO, CHAVE	

ATENÇÃO E CÁLCULO

(100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente 100-7 = -7 = -7 = -7 = -7 = (1 ponto para cada cálculo correto)	
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)	

EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra).....	
---	--

LINGUAGEM

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....	
Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto).....	
Comando: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos)	
Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto).....	
Escrever uma frase (1 ponto).....	
Copiar um desenho (1 ponto).....	

ANEXO 5

Teste de Trilhas: Parte A

Números

(Montiel e Seabra)

Nome: _____

Sexo: ☐ F ☐ M - Data de nascimento: ____/____/____ - Escolaridade: _____

Ocupação: _____ - Data de aplicação: ____/____/____

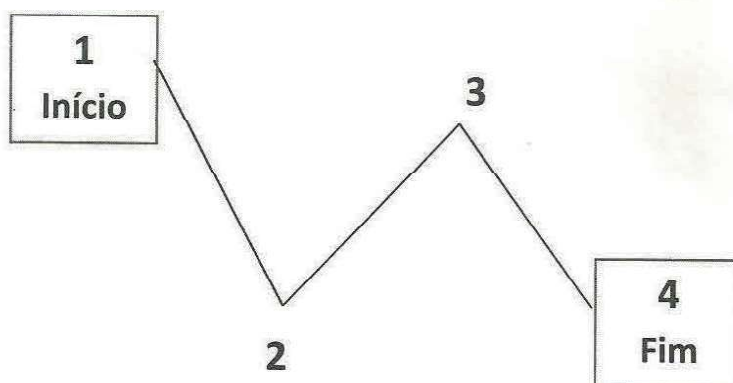
Instruções

Você fará um teste de atenção em que você deverá ligar alguns números.

Veja o exemplo abaixo. Há alguns números, que estão ligados, a partir do início “1”, até o fim no número “4”, seguindo a ordem numérica.

No exemplo abaixo estão ligados “1”, “2”, “3” e “4”.

Exemplo:



Na folha seguinte haverá 12 números, de “1” a “12”. Você deverá fazer o mesmo, ligando os números desde o início “1” até o fim no número “12”.

Você terá um minuto para realizar a atividade. Faça o mais rápido que puder.

1
Início

5

8

11

4

6

3

2

10

9

12
Fim

7

Teste de Trilhas: Parte A

Números

(Montiel e Seabra)

Nome: _____

Sexo: ☐ F ☐ M - Data de nascimento: ____/____/____ - Escolaridade: _____

Ocupação: _____ - Data de aplicação: ____/____/____

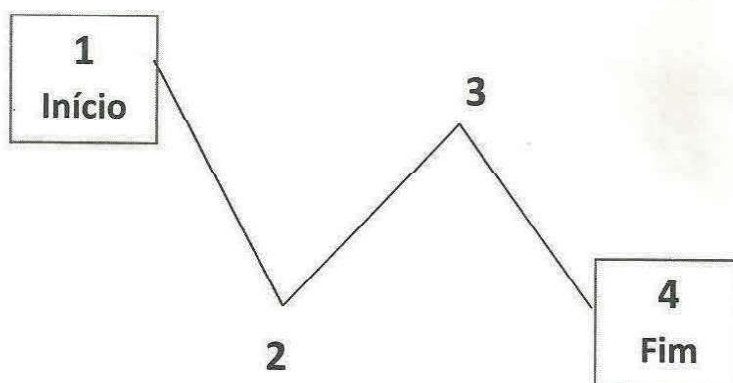
Instruções

Você fará um teste de atenção em que você deverá ligar alguns números.

Veja o exemplo abaixo. Há alguns números, que estão ligados, a partir do início “1”, até o fim no número “4”, seguindo a ordem numérica.

No exemplo abaixo estão ligados “1”, “2”, “3” e “4”.

Exemplo:



Na folha seguinte haverá 12 números, de “1” a “12”. Você deverá fazer o mesmo, ligando os números desde o início “1” até o fim no número “12”.

Você terá um minuto para realizar a atividade. Faça o mais rápido que puder.

1
Início

3

6

11

9

8

2

7

5

4

10

12
Fim

ANEXO 6

ESCALA DE BORG MODIFICADA	
0	NADA CANSADO
1	MUITO FÁCIL
2	FÁCIL
3	MODERADO
4	MODERADAMENTE DIFÍCIL
5	DIFÍCIL
6	DIFÍCIL
7	MUITO DIFÍCIL
8	MUITO DIFÍCIL
9	MUITO, MUITO DIFÍCIL
10	MÁXIMO, NÃO AGUENTO MAIS

ANEXO 7

CHECK LIST PROTOCOLO AGUDO – DIA 01

Nome: _____ Data aval: _____

Data Nasc.: _____ Idade: _____

☐ TCLE – assinar

☐ ANAMNESE – AV 1

☐ SINAIS VITAIS

FC - antes/depois		SPO2		PA		FR		BORG	

FC max: $208 - (0,7 \times \text{idade})$: _____

☐ TC6min

AGUARDA 30 MIN PARA REPETIR O TESTE

ANTROPOMETRIA

☐ Bioimpedância digital – enviar foto para grupo prepara

Estatura	Peso	IMC

Circunferência Abdominal	Circunferência Quadril	Circunferência de Pescoço	Circunferência de Panturrilha	
			D	E

QUESTIONÁRIOS

☐ Cognitivo – MEEM (1)

☐ Sonolência - Epworth ☐ Qualidade de sono – Pittsburgh ☐ Escala de Humor – Brunel Enviar link	☐ STOP BANG – SAOS ☐ IPAQ – atividade física ☐ PESES ☐ Sarcopenia – SARC-F+CP ☐ Ansiedade / depressão - HADS ☐ QV- WHOQOL-Bref
--	---

☐ TC6min

☐ FM periférica – escolher a mais alta

FORÇA	D	E	D	E	D	E
PALMAR						

ENTREGAR MAPA

CHECK LIST – DIA 02

Nome: _____ Data aval: _____

Data Nasc.: _____ Idade: _____

RECEBER MAPA - *Baixar arquivo

☐ TLS 1min/5rep - **FILMAR:** 5 rep: _____ 1min: _____

FC - antes/depois		SPO2		PA		FR		BORG	

☐ Força muscular respiratória

PI max					
PE max					

☐ TUG (tempo): _____

FC - antes/depois		SPO2		PA		FR		BORG	

FM periférica

	D	E	D	E	D	E
QUADRÍCEPS						

☐ Teste Trilha 1 - tempo: _____

RANDOMIZAÇÃO - INTERVENÇÃO

HIPÓXIA / SHAM - +- 30 MIN

☐ Teste Trilha 2 - tempo: _____

AGUARDAR 60 MIN - *Terminar questionários

☐ TUG (tempo): _____

FC - antes/depois		SPO2		PA		FR		BORG	

FORÇA	D	E	D	E	D	E
PALMAR						

☐ Cognitivo – MEEM (2)

☐ TC6min

ENTREGAR MAPA

PROTOCOLO TREINAMENTO

CHECK LIST – DIA 01

Nome: _____ Data aval: _____

Data Nasc.: _____ Idade: _____

☐ TCLE – assinar

☐ ANAMNESE – AV 1

☐ SINAIS VITAIS

FC - antes/depois		SPO2		PA		FR		BORG	

FC max: $208 - (0,7 \times \text{idade})$: _____

☐ TC6min

AGUARDA 30 MIN PARA REPETIR O TESTE

ANTROPOMETRIA

☐ Bioimpedância digital – enviar foto para grupo prepara

Estatura	Peso	IMC

Circunferência Abdominal	Circunferência Quadril	Circunferência de Pescoço	Circunferência de Panturrilha	
			D	E

QUESTIONÁRIOS

☐ Cognitivo – MEEM (1)

☐ Sonolência - Epworth ☐ Qualidade de sono – Pittsburgh ☐ Escala de Humor – Brunel Enviar link	☐ STOP BANG – SAOS ☐ IPAQ – atividade física ☐ PESES ☐ Sarcopenia – SARC-F+CP ☐ Ansiedade / depressão - HADS ☐ QV- WHOQOL-Bref
--	---

☐ TC6min

☐ FM periférica – escolher a mais alta

FORÇA	D	E	D	E	D	E
PALMAR						

ENTREGAR MAPA

CHECK LIST – DIA 02

Nome: _____ Data aval: _____

Data Nasc.: _____ Idade: _____

RECEBER MAPA - *Baixar arquivo

☐ TLS 1min/5rep - **FILMAR:** 5 rep: _____ 1min: _____

FC - antes/depois		SPO2		PA		FR		BORG	

☐ Força muscular respiratória

PI max					
PE max					

☐ TUG (tempo): _____

FC - antes/depois		SPO2		PA		FR		BORG	

FM periférica

	D	E	D	E	D	E
QUADRÍCEPS						

ANEXO 8

TC6min PROTOCOLO TREINAMENTO

Participante: _____

Avaliador: _____ Data: _____

Hora: _____

FC: 208 – (0,7xidade): _____ bpm

TC6min - Teste 1

Medidas	Início	2º min	4º min	Final
FC				
SpO2				
PA		----	----	
Dispneia (Borg)				

Interrupção antes de completar os 6 minutos? () Não () Sim, Tempo _____ minutos

Razão: _____

- Número de voltas: _____ (x 20 m) + parte da última volta: _____ (m) = _____ m

Valor predito: _____ Distância % predito: _____

TC6min - Teste 2

Medidas	Início	2º min	4º min	Final
FC				
SpO2				
PA		----	----	
Dispneia (Borg)				

Interrupção antes de completar os 6 minutos? () Não () Sim, Tempo _____ minutos

Razão: _____

- Número de voltas: _____ (x 20 m) + parte da última volta: _____ (m) = _____ m

Valor predito: _____ Distância % predito: _____

FRASES DE INCENTIVO

1º minuto: VOCÊ ESTÁ INDO BEM. FALTAM 5 MINUTOS

2º minuto: MANTENHA O RITMO. FALTAM 4 MINUTOS.

3º minuto: VOCÊ ESTÁ INDO BEM, ESTAMOS NA METADE DO TESTE.

4º minuto: MANTENHA O RITMO. FALTAM APENAS 2 MINUTOS

5º minuto: VOCÊ ESTÁ INDO BEM. FALTA APENAS 1 MINUTO

6º minuto: PARE!

*Quando o paciente interrompe o teste, a cada 30 segundos: Por favor, retorne assim que se sentir capaz

ANEXO 9

Nome: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

Código: _____

Pesquisador: _____ Temperatura da sala: _____ ajustar em 23 graus

PA: ____/____ mmHg

FC: ____ bpm

SpO₂: ____%

BORG: ____/____

Teste cognitivo (Trilha) – tempo: _____

- ☐ Ajustar o aparelho para hipóxia após ligar o aparelho
- ☐ Colocar tempo de terapia no aparelho (60 min) antes de conectar o oxímetro
- ☐ Colocar oxímetro no paciente
- ☐ Verificar possíveis alergias (látex) antes de colocar o manguito
- ☐ Colocar o monitor cardíaco no paciente (Oxímetro e manguito da PA)
- ☐ Monitorar o paciente

TESTE DE HIPÓXIA

Máximo 4 minutos	FC (bpm)	Tempo SpO ₂ alvo	Menor SpO ₂	Borg Dispneia	Borg Desconforto
TESTE					

Hora de início da intervenção: _____

Sessão	FC (bpm)	SpO ₂ hipóxia	SpO ₂ recuper	Borg Dispneia	Borg Desconforto	PA
1	Início: Final:	Início: Menor: Final:	Início: Menor: Final:			X
2	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
3	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
4	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
5	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			
6	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
7	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
8	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
9	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
10	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			
Teste cognitivo (Trilha)			Tempo:			

Hora do fim da intervenção: _____

Nome: _____

Sessão: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

Código: _____

Pesquisador: _____

Temperatura da sala: _____ ajustar em 23 graus

PA: ____ / ____ mmHg

FC: ____ bpm

SpO2: ____%

BORG: ____/____

- ☐ Ajustar o aparelho para hipóxia após ligar o aparelho
- ☐ Colocar tempo de terapia no aparelho (60 min) antes de conectar o oxímetro
- ☐ Colocar oxímetro no paciente
- ☐ Verificar possíveis alergias (látex) antes de colocar o manguito
- ☐ Colocar o monitor cardíaco no paciente (Oxímetro e manguito da PA)
- ☐ Monitorar o paciente

ANOTAÇÕES:

Hora de início da intervenção: _____

Sessão	FC (bpm)	SpO ₂ hipóxia	SpO ₂ recuper	Borg Dispneia	Borg Desconforto	PA
1	Início: Final:	Início: Menor: Final:	Início: Menor: Final:			X
2	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
3	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
4	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
5	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			
6	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
7	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
8	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
9	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			X
10	I: F:	I: M: F:	I: M: F:			

Hora do fim da intervenção: _____

PREPARA
 oboito de estudo, pesquisa e extensão em
 fisioterapia em PNE e nos orientamos de
 construção de carreira para

Prepara - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Fisioterapia no Pré e no Pós-Operatório de Cirurgias de Grande Porte

NOME:							
DATA NASC:				FC submáx		FC Máx	
Sexo:		IDADE: 126		Altura:		FC Repouso	
				Do qual valor em metros		FC Treinamento	
Masc/fem:		Peso:		IMC: 0,0		% Train	
Distância TDS (m):		TGS Previsto: 717		TGSprev: 0,0%			
		VTG6: 0					
				OHR:			

SINAIS VITAIS FINAIS

[illegible]

TREINAMENTO RESISTIDO		
DATA	Nºsessão	EXERCÍCIOS E CARGAS
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	

[illegible]

ΔΕΛΤΑΤΩΒΙΟ ΕΙΝΑΙ

Journal of Management Inquiry 26(4) 391-408

PESQUISA: EFEITOS AGUDOS DA HIPOXIA INTERMITENTE LEVE NA FUNÇÃO CARDIOVASCULAR E FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS OBESOS II E III



Se você tem:

- Entre 18 a 60 anos de idade
- Índice de massa corporal (IMC) > 35



Calcule seu

IMC = peso
(altura X altura)

Faça parte da nossa pesquisa!

O que será realizado?

- Avaliação da pressão arterial, força muscular, entre outros.
- Simulador de altitude - gerador de hipóxia

Por que participar?

- Conhecer como está sua saúde cardiovascular, funcionalidade e força muscular respiratória.
- Contribuir para a pesquisa que poderá ajudar outras pessoas no manejo pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Onde?

- Clínica Escola de Fisioterapia - UDESC - CEFID
Rua Pascoal Simone, 358 - Coqueiros, Florianópolis

Aponte o seu celular para o QR code, responda o formulário e entraremos em contato.

