

FICHA DE AVALIAÇÃO

Ficha de Avaliação - Standing Pilates

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Grau de Instrução: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão Atual: _____ Profissão anterior: _____

Comorbidades: () HAS () Dislipidemias () Aterosclerose () Diabetes () Sedentarismo

Outras Comorbidades: _____

Teve COVID? () Sim () Não. Se sim quando foi: _____ Ficou internado: () Sim () Não

Já realizou alguma cirurgia: () Sim () Não Se sim, qual: _____

Fumante: () Quanto tempo _____ Parou há quanto tempo _____ Elitista: () Quanto tempo _____

Ativ.Fís: () _____ Quantas vezes na semana _____ Sedentário: () Sim

Sono: Dorme a noite: _____ h Acorda quantas vezes a noite _____ Qual motivo _____

SINAIS VITAIS:

Avaliação	Inicial	Final
FC (bpm)		
FR (irpm)		
SpO2 (%)		
PAS/PAD (mmHg)		

TESTES ESPECÍFICOS

AVALIAÇÃO DA PREENSÃO PALMAR – DINAMOMETRIA **(ANOTAR SE O PACIENTE É DESTRO OU CANHOTO)**

	DIREITA		ESQUERDA		PROTOCOLO
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	
1ª Medida					1 – Paciente Sentado 2- Ombros aduzidos em rotação neutra 3- Cotovelo Fletido 90°
2ª Medida					
3ª Medida					

Maior medida					4- Antebraço neutro 5- Punho em neutro 6- Repetir 3 vezes
--------------	--	--	--	--	---

TESTE DE SENTAR E LEVANTAR

(equipamentos: estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro e escala de Borg)

	FC (bpm)		FR (irpm)		PA (mmHg)		SapO ₂		Borg MMII		Borg Resp	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
ANTES												
30 SEGUNDOS			xxxx x	xxxx x	xxxxxx x	xxxxxx x						
1 MIN APOS												

Resultados	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Número de repetições 1 minuto		
Tempo das 10 primeiras		
Predito (P 25)		

TIMED UP AND GO (Tempo percorrido em 3m):

Tempo Inicial: _____ Tempo Final: _____

BANCO DE WELLS

Avaliação	Inicial	Final
FLEXÃO 1		
FLEXÃO 2		
FLEXÃO 3		
MÉDIA DOS VALORES		

TESTE DE ROMBERG

Avaliação	Inicial	Final
OLHOS ABERTOS		

OLHOS FECHADOS		
----------------	--	--

HEEL RISE TEST

NÚMERO DE REPETIÇÕES	TEMPO	REPETIÇÃO/ TEMPO

QUESTIONÁRIO DE DUKE

Item	Atividade	Sim	Não
1	Você consegue cuidar de si mesmo (comer, vestir-se, tomar banho ou utilizar o vaso sanitário)?	2,75	0
2	Você consegue andar dentro de casa?	1,75	0
3	Você consegue andar um ou dois quarteirões em terreno plano?	2,75	0
4	Você consegue subir uma escada ou uma ladeira?	5,50	0
5	Você consegue correr uma distância curta?	8,00	0
6	Você consegue realizar tarefas leves de casa, como tirar o pó ou lavar a louça?	2,70	0
7	Você consegue fazer trabalho moderado em casa como aspirar, varrer o chão ou guardar as compras?	3,50	0
8	Você consegue fazer trabalho pesado em casa, como esfregar o piso ou levantar e movimentar móveis pesados?	8,00	0
9	Você consegue realizar tarefas como apanhar folhas caídas ou cortar a grama?	4,50	0
10	Você consegue ter relações sexuais?	5,25	0
11	Você consegue participar de atividades de lazer moderadas (boliche, dança, tênis ou chutar uma bola)?	6,00	0
12	Você consegue participar de esportes vigorosos (natação, futebol, basquete ou voleibol)?	7,50	0
Notas: Índice de Atividade de Duke: SOMA (valores de todos os 12 itens); interpretação: valor máximo = 58,2; valor mínimo = 0; estimativa de pico de oxigênio (em mL/min): 0,43 x (Índice de Atividade de Duke) + 9,6.			

Total Inicial: _____

Total Final: _____

QUESTIONÁRIO DE FUNCIONALIDADE

QUESTIONÁRIO DE LAWTON_ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs)
1- Capacidade do uso do telefone () ₁ Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda; () ₂ Capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar; () ₃ Completamente incapaz no uso do telefone.
2- Viagens () ₁ Capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi; () ₂ Capaz de viajar exclusivamente acompanhado; () ₃ Completamente incapaz de viajar.
3- Compras () ₁ Capaz de fazer compras, se fornecido transporte; () ₂ Capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado; () ₃ Completamente incapaz de fazer.

4- Preparo de refeições ☐ 1 Capaz de planejar e cozinhar refeições completas; ☐ 2 Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho; ☐ 3 Completamente incapaz de preparar qualquer refeição.		
5- Trabalho doméstico ☐ 1 Capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão); ☐ 2 Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas; ☐ 3 Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.		
6- Medicações ☐ 1 Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa; ☐ 2 Capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare; ☐ 3 Completamente incapaz de tomar remédios sozinho.		
7- Dinheiro ☐ 1 Capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas; ☐ 2 Capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas; ☐ 3 Completamente incapaz de administrar dinheiro.		
TOTAL	Inicial	Final

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA SF 36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 (CICONELLI et al., 1999)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrarse	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2
---	---	---

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--	------------	------------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5