

**QUESTIONÁRIO
DE PESQUISA EM
FIBROMIALGIA**

Questionários de Avaliação

Questionário De Pesquisa Em Fibromialgia

Nome: _____

Data: ____/____/____

1

Índice de Dor Generalizada-IDG

Por favor, indique abaixo se você teve **DOR OU DESCONFORTO** durante os últimos **7 DIAS**, em cada uma das áreas descritas abaixo. Por favor, faça um **X** se você teve dor ou desconforto. Certifique-se de marcar ambos os lados, direito e esquerdo, separadamente.

Região 1

- Lado esquerdo da mandíbula (queixo)
- Ombro esquerdo
- Braço esquerdo (entre o ombro e cotovelo esquerdo)
- Antebraço esquerdo (entre o cotovelo e a mão esquerda)

Região 2

- Lado direito da mandíbula (queixo)
- Ombro direito
- Braço direito (entre o ombro e cotovelo direito)
- Antebraço direito (entre o cotovelo e a mão direita)

Região 3

- Quadril esquerdo
- Coxa esquerda
- Parte inferior da perna esquerda
(entre o joelho e o pé esquerdo)

Região 4

- Quadril direito
- Coxa direita
- Parte inferior da perna direita
(entre o joelho e o pé direito)

Região 5

- Pescoço
- Parte superior das costas
- Parte inferior das costas
- Peito (tórax)
- Abdome

-
- Nenhuma dor em qualquer dessas áreas
-

Escala de Gravidade dos Sintomas-EGS

2

Nos últimos 7 DIAS, você sentiu FADIGA OU CANSAÇO?

(Selecione uma opção, de acordo com a intensidade que você sentiu)

- A** Não senti
 - B** Sintoma leve ou suave, senti de vez em quando
 - C** Sintoma médio, senti frequentemente
 - D** Sintoma forte, senti continuamente, atrapalhando a rotina
-

3

Nos últimos 7 DIAS, você sentiu DIFICULDADE DE RACIOCÍNIO OU DE MEMÓRIA?

(Selecione uma opção, de acordo com a intensidade que você sentiu)

- A** Não senti
 - B** Sintoma leve ou suave, senti de vez em quando
 - C** Sintoma médio, senti frequentemente
 - D** Sintoma forte, senti continuamente, atrapalhando a rotina
-

4

Nos últimos 7 DIAS, você teve um SONO NÃO REPARADOR, ACORDOU CANSADO, como se não tivesse dormido o suficiente?

(Selecione uma opção, de acordo com a intensidade que você sentiu)

- A** Não senti
- B** Sintoma leve ou suave, senti de vez em quando
- C** Sintoma médio, senti frequentemente
- D** Sintoma forte, senti continuamente, atrapalhando a rotina

5

Durante os últimos 6 MESES, você sentiu

Dor ou cólicas em abdome inferior (abaixo do umbigo)

 Sim Não

Depressão/tristeza

 Sim Não

Dor de cabeça

 Sim Não

6

Considerando todas as perguntas deste questionário, em geral, os sintomas que você sentiu estiveram frequentemente presentes por pelo menos 3 MESES?

 Sim Não

Observações

Notas

Para as perguntas 2, 3 e 4, considera-se que as letras A, B, C e D equivalem, respectivamente, a zero, 1, 2 e 3 pontos no escore de gravidade dos sintomas. Para a pergunta 5, considera-se 1 ponto para cada resposta “sim” e zero, para cada “não”.

O paciente satisfaz os critérios revisados para diagnóstico de fibromialgia/2016 quando as três seguintes condições são encontradas:

1. IDG ≥ 7 e EGS ≥ 5 ou IDG 4-6 e EGS ≥ 9 .
2. Dor em pelo menos 4 das 5 regiões (mandíbula, tórax e abdome entram no somatório do WPI, mas não são considerados quando forem o único ponto de dor em determinada região).
3. Resposta “ sim” à pergunta 6.



FIBRODOR
by dorcronica.blog.br