



Setor de Fisioterapia

QUESTIONÁRIO FAOS (Foot and Ankle Outcome Score) (para Pé e Tornozelo)

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.

| SINTOMAS: | Nenhuma | Leve | Moderada | Acentuada | Extrema |
|--|---------|----------------|--------------|----------------|---------|
| S1. Qual o grau de rigidez do seu pé/tornozelo logo quando você acorda? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| S2. Qual o grau de rigidez após sentar, deitar ou ao descansar mais tarde durante o dia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| S3. Você tem inchaço no seu pé/tornozelo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| S4. Você sente ranger, estalar ou qualquer outro tipo de som quando o movimenta o pé? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| S5. O seu pé trava ou fica bloqueado aos movimentos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
| S6. Você consegue forçar o seu pé completamente para baixo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| S7. Você consegue forçar o seu pé completamente para cima? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | | |
| DOR: | Nunca | Mensamente | Semanalmente | Diariamente | Sempre |
| P1. Qual a frequência que você sente dor no pé ou tornozelo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Qual a intensidade de dor que você sentiu na última semana durante as seguintes atividades: | Nenhuma | Leve | Moderada | Acentuada | Extrema |
| P2. Rodando sobre o seu pé ou tornozelo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P3. Forçando o pé completamente para baixo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P4. Forçando o pé completamente para cima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P5. Andando em superfície plana | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P6. Subindo ou Descendo escadas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P7. Em repouso na cama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P8. Ao sentar-se/deitar-se | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P9. Em pé | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA Qual a dificuldade que você sentiu na última semana: | Nenhuma | Leve | Moderada | Acentuada | Extrema |
|---|---------|-------------|---------------|-------------|------------|
| A1. Descendo escadas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A2. Subindo escadas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A3. Levantando-se a partir da posição sentada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A4. Em pé | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A5. Curvando-se para pegar um objeto no chão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A6. Andando em superfícies planas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A7. Entrando e saindo do carro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A8. Indo às compras | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A9. Colocando meias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A10. Levantando-se da cama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A11. Tirando as meias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A12. Virando-se na cama, mantendo a mesma posição do tornozelo/pé | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A13. Entrando ou saindo do banho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A14. Sentando | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A15. Sentando e levantando do vaso sanitário | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A16. Realizando tarefas domésticas pesadas (deslocando caixas pesadas, esfregando o chão, etc) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A17. Realizando tarefas domésticas leves (cozinhando, varrendo etc) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ESPORTES E RECREAÇÕES FUNCIONAIS Qual a dificuldade que você sentiu nesta última semana: | Nenhuma | Leve | Moderada | Acentuada | Extrema |
| Sp1. Agachando | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp2. Correndo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp3. Pulando | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp4. Mudando de direção sobre o seu tornozelo/pé lesionado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp5. Ajoelhando-se | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO AO PÉ E TORNOZELO | | | | | |
| | Nunca | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente | Sempre |
| Q1. Com que frequência que você tem percebido os problemas do seu tornozelo/pé? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Não | Um pouco | Moderadamente | Muito | Totalmente |
| Q2. Você tem modificado seu estilo de vida para evitar atividades potencialmente danosas para o seu pé e tornozelo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q3. O quanto você está incomodado com a falta de confiança no seu tornozelo/pé? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nenhuma | Leve | Moderada | Acentuada | Extrema |
| Q4. No geral, quanto de dificuldade você tem com o seu tornozelo/pé? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Preenchido pelo setor de Fisioterapia: Somatória do total de itens assinalados ----> | | | | | |