



Setor de Fisioterapia

QUESTIONÁRIO NDI (Neck Disability Index) (para Coluna Cervical)

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.

Este questionário foi criado para dar informações ao seu doutor sobre como a sua dor no pescoço tem afetado a sua habilidade para fazer atividades diárias. Por favor responda a cada uma das perguntas e marque (circule) em cada seção (1 a 10) apenas uma alternativa que melhor se aplique a você.

1- Intensidade da dor	
0	Eu não tenho dor nesse momento.
1	A dor é muito leve nesse momento.
2	A dor é moderada nesse momento.
3	A dor é razoavelmente grande nesse momento.
4	A dor é muito grande nesse momento.
5	A dor é a pior que se possa imaginar nesse momento.
2 – Cuidado pessoal (se lavar, se vestir, etc)	
0	Eu posso cuidar de mim mesmo(a) sem aumentar a dor.
1	Eu posso cuidar de mim mesmo(a) normalmente, mas isso faz aumentar a dor.
2	É doloroso ter que cuidar de mim mesmo e eu faço isso lentamente e com cuidado.
3	Eu preciso de ajuda, mas consigo fazer a maior parte do meu cuidado pessoal.
4	Eu preciso de ajuda todos os dias na maioria dos aspectos relacionados a cuidar de mim mesmo(a)
5	Eu não me visto, me lavo com dificuldade e fico na cama.
3 – Levantar coisas	
0	Eu posso levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
1	Eu posso levantar objetos pesados, mas isso faz aumentar a dor.
2	A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas eu consigo se eles estiverem colocados em uma boa posição, por exemplo em uma mesa.
3	A dor me impede de levantar objetos pesados, mas eu consigo levantar objetos com peso entre leve e médio se eles estiverem colocados em uma boa posição.
4	Eu posso levantar objetos muito leves.
5	Eu não posso levantar nem carregar absolutamente nada.
4 – Leitura	
0	Eu posso ler tanto quanto eu queira sem dor no meu pescoço.
1	Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.
2	Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.
3	Eu não posso ler tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.
4	Eu mal posso ler por causa de uma grande dor no meu pescoço.
5	Eu não posso ler nada.
[]	7 Pergunta não se aplica por não saber ou não poder ler.

5 – Dores de cabeça

- 0 Eu não tenho nenhuma dor de cabeça.
- 1 Eu tenho pequenas dores de cabeça com pouca frequência.
- 2 Eu tenho dores de cabeça moderadas com pouca frequência.
- 3 Eu tenho dores de cabeça moderadas muito frequentemente.
- 4 Eu tenho dores de cabeça fortes frequentemente.
- 5 Eu tenho dores de cabeça quase o tempo inteiro.

6 – Prestar Atenção

- 0 Eu consigo prestar atenção quando eu quero sem dificuldade.
- 1 Eu consigo prestar atenção quando eu quero com uma dificuldade leve.
- 2 Eu tenho uma dificuldade moderada em prestar atenção quando eu quero.
- 3 Eu tenho muita dificuldade em prestar atenção quando eu quero.
- 4 Eu tenho muitíssima dificuldade em prestar atenção quando eu quero.
- 5 Eu não consigo prestar atenção.

7 – Trabalho

- 0 Eu posso trabalhar tanto quanto eu quiser.
- 1 Eu só consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.
- 2 Eu consigo fazer a maior parte do trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.
- 3 Eu não consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer.
- 4 Eu mal consigo fazer qualquer tipo de trabalho.
- 5 Eu não consegui fazer nenhum tipo de trabalho.

8 – Dirigir automóveis

- 0 Eu posso dirigir meu carro sem nenhuma dor no pescoço.
 - 1 Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.
 - 2 Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.
 - 3 Eu não posso dirigir o meu carro tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.
 - 4 Eu mal posso dirigir por causa de uma dor forte no meu pescoço.
 - 5 Eu não posso dirigir meu carro de maneira nenhuma.
- [] Pergunta não se aplica por não saber dirigir ou não dirigir muitas vezes.

9 – Dormir

- 0 Eu não tenho problemas para dormir.
- 1 Meu sono é um pouco perturbado (menos de uma hora sem conseguir dormir).
- 2 Meu sono é levemente perturbado (1-2 horas sem conseguir dormir).
- 3 Meu sono é moderadamente perturbado (2-3 horas sem conseguir dormir).
- 4 Meu sono é muito perturbado (3-5 horas sem conseguir dormir).
- 5 Meu sono é completamente perturbado (1-2 horas sem sono).

10 – Diversão

- 0 Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão sem nenhuma dor no pescoço.
- 1 Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão com alguma dor no pescoço.
- 2 Eu consigo fazer a maioria, mas não todas as minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- 3 Eu consigo fazer poucas das minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- 4 Eu mal consigo fazer quaisquer atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- 5 Eu não consigo fazer nenhuma atividade de diversão.

ESPAÇO A SER PREENCHIDO PELO SETOR DE FISIOTERAPIA:

← ← ← ← SOMA TOTAL DE PONTOS