

Questionário FAOS

(Foot & Ankle Outcome Score) para avaliação da função e sintomas do tornozelo e pé

Data de hoje: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome: _____

Sintomas

S1. Qual o grau de rigidez do seu pé/tornozelo logo quando você acorda?

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

S2. Qual o grau de rigidez após sentar, deitar ou ao descansar mais tarde durante o dia?

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

S3. Você tem inchaço no seu pé/tornozelo?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S4. Você sente ranger, estalar ou qualquer outro tipo de som quando o movimenta o pé?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S5. O seu pé trava ou fica bloqueado aos movimentos?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S6. Você consegue forçar o seu pé completamente para baixo?

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

S7. Você consegue forçar o seu pé completamente para cima?

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

Dor

P1. Qual a frequência que você sente dor no pé ou tornozelo?

Nunca Mensalmente Semanalmente Diariamente Sempre

Qual a intensidade de dor que você sentiu na última semana durante as seguintes atividades?

P2. Rodando sobre o seu pé ou tornozelo

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

P3. Forçando o pé completamente para baixo

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

P4. Forçando o pé completamente para cima

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

P5. Andando em superfície plana

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

P6. Subindo ou Descendo escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

P7. Em repouso na cama

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

P8. Ao sentar-se/deitar-se

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

P9. Em pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

Atividades de vida diária

Qual a dificuldade que você sentiu na última semana.

A1. Descendo escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A2. Subindo escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A3. Levantando-se a partir da posição sentada

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A4. Em pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A5. Curvando-se para pegar um objeto no chão

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A6. Andando em superfícies planas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A7. Entrando e Saindo do carro

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A8. Indo às compras

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A9. Colocando meias

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A10. Levantando-se da cama

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A11. Tirando as meias

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A12. Virando-se na cama, mantendo a mesma posição do tornozelo/pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A13. Entrando ou saindo do banho

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A14. Sentando

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A15. Sentando e levantando do vaso sanitário

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A16. Realizando tarefas domésticas pesadas (deslocando caixas pesadas, esfregando o chão, etc)

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

A17. Realizando tarefas domésticas leves (cozinhando, varrendo etc)

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

Esportes e recreações funcionais

Qual a dificuldade que você sentiu nesta última semana:

SP1. Agachando

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

SP2. Correndo

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

SP3. Pulando

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

SP4. Mudando de direção sobre o seu tornozelo/pé lesionado

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

SP5. Ajoelhando-se

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

Qualidade de vida em relação ao pé e tornozelo

Q1. Com que frequência que você tem percebido os problemas do seu tornozelo/ pé?

Nunca	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

Q2. Você tem modificado seu estilo de vida para evitar atividades potencialmente danosas para o seu pé e tornozelo?

Não	Um pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
<input type="checkbox"/>				

Q3. O quanto você está incomodado com a falta de confiança no seu tornozelo/ pé?

Não	Um pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
<input type="checkbox"/>				

Q4. No geral, quanto de dificuldade você tem com o seu pé/tornozelo?

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>				

Information about the Portuguese (Brazil) version can be requested from:

aline.mizusaki@globo.com

Foot and Ankle Surgery Sector of the Orthopedic and Traumatology
Department (Federal University of São Paulo)

Address: Rua Borges Lagoa, 783 - 5º andar

Phone: +55 11 5571-6621 / +55 11 5579-4642

Congress presentation:

*13º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA DO
TORNOZELO E PÉ**XIII Brazilian Congress of Foot and Ankle Medicine and Surgery**Date: 28/04/2007*