

**QUESTIONÁRIO DE OMBRO**

**DIREITO ( ) ESQUERDO ( )**

**Solicitamos preenchimento com atenção das questões abaixo:**

**Nome:**

**Data nasc:**

**Data:**

**Peso:**

1- Qual o motivo da realização do exame? ( )Dor ( )Entorse ( )Luxação  
( )Trauma

1.1- Em caso de dor, onde se localiza?

( )Lateral – lado ( )Anterior – frente ( )Posterior – atrás

1.2- Em caso de trauma, quanto tempo?

( )Menos de um mês ( )De 01 a 03 meses ( )Acima de 03 meses

2- Qual a suspeita clínica do seu médico?

( )Artrose ( )Lesão do manguito rotador ( )Luxação

3- Pratica algum esporte? ( )Sim ( )Não

Qual? \_\_\_\_\_

4- Consegue levantar o braço acometido? ( )Sim ( )Não

5- Consegue colocar o braço acometido nas costas? ( )Sim ( )Não

6- O ombro sai do lugar (luxação)? ( )Sim ( )Não

7- Já realizou alguma cirurgia no ombro examinado? ( )sim ( )não

7.1- Se sim, qual cirurgia? ( )Reconstrução do manguito ( )Instabilidade

8- Já foi realizado algum exame no ombro a ser estudado? ( )sim ( )não

8.1- ( )Raio X ( )Ultra-Som ( )Tomografia Computadorizada

( )Ressonância Magnética

9- Gostaria de fazer algum comentário adicional sobre o quadro clínico?

\_\_\_\_\_

Autorizo a DMX , o envio eletrônico do resultado deste exame ao médico solicitante e contato com o mesmo, caso existam dúvidas quanto aos dados clínicos.

Itabira, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

---