

## PRWE

### Avaliação do punho classificado pelo paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

As perguntas abaixo nos auxiliarão a entender qual o nível de dificuldade que você apresentou em relação ao seu punho na semana passada. Você descreverá a média dos sintomas do seu punho na última semana em uma escala de 0 a 10. Favor responder TODAS as questões. Se você não realizou uma atividade, favor ESTIMAR a dor ou a dificuldade que você esperaria. Se você nunca realizou a atividade, você pode deixar em branco.

**DOR** - Classifique a quantidade média de dor que você sentiu no punho na última semana, circulando o número que descreve sua dor na escala de 0 a 10. Zero (0) significa que você não apresentou dor e dez (10) significa que a dor foi a pior já sentida ou que você não pôde realizar a atividade devido a dor.

Classifique a sua dor :

	Sem dor									Pior dor já sentida	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Em repouso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ao fazer uma tarefa com movimento repetitivo do punho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ao levantar um objeto pesado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando a dor é a pior dor já sentida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Com qual frequência você sente dor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nunca										Sempre

### FUNÇÃO

A. ATIVIDADES ESPECÍFICAS - Classifique a quantidade de dificuldade que você apresentou realizando cada um dos itens listados abaixo no decorrer da última semana, circulando o número que descreve sua dificuldade na escala de 0 a 10. Zero (0) significa que você não apresentou dificuldade e dez (10) significa que foi tão difícil que você não pôde realizar a atividade.

	Sem dificuldade									Incapaz de fazer	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Virar a maçaneta da porta com a mão afetada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cortar carne com faca usando a mão afetada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abotoar minha camisa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Usar a mão afetada para puxar uma cadeira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Carregar um objeto de 5 kg com a mão afetada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Usar papel higiênico com a mão afetada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. ATIVIDADES COTIDIANAS - Classifique a quantidade de dificuldade que você apresentou realizando atividades cotidianas em cada uma das áreas listadas abaixo no decorrer da última semana, circulando o número que melhor descreve sua dificuldade na escala de 0 a 10. Por "atividades cotidianas", entende-se, atividades que você costumava realizar antes de começar a apresentar problemas com o seu punho. Zero (0) significa que você não apresentou dificuldade e dez (10) significa que foi tão difícil que você não pôde realizar as atividades cotidianas.

	Sem dificuldade									Incapaz de fazer	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atividades de cuidado pessoais (se vestir, se banhar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabalhos domésticos (limpeza, manutenção)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabalho (seu emprego ou atividades de trabalho do dia a dia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atividades recreativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10