

FAOS – Questionário para pé e tornozelo

Paciente: _____ Aplicado por: (nº crachá) _____
 Diagnóstico: _____ Data: _____

Tradução do FAOS 42 itens estão subdivididos em 5 subescalas: Dor, Outros Sintomas, Atividades de Vida Diária, Atividades esportivas e recreacionais e Qualidade de Vida relacionada ao pé e tornozelo. As 5 opções de resposta são dadas após cada item.

| DOR | | Pontuação |
|--|---|-----------|
| P1 Qual a frequência que você sente dor no tornozelo ou no pé? Qual a intensidade de dor que você sentiu na última semana durante as seguintes atividades? | Nunca, Mensalmente, Semanalmente, Diariamente, Sempre | |
| P2. Rodando sobre o seu tornozelo ou o pé | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| P3. Forçando o seu pé completamente para baixo | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| P4. Forçando o seu pé completamente para cima | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| P5. Andando sobre uma superfície plana | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| P6. Subindo ou Descendo escadas | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| P7. Em repouso na cama | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| P8. Ao sentar-se/deitar-se | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| P9. Em pé | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| OUTROS SINTOMAS | | |
| S1 Qual o grau de rigidez do seu tornozelo/ pé logo quando você acorda? | Nenhum, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| S2. Qual o grau de rigidez após sentar, deitar ou ao descansar mais tarde durante o dia? | Nenhum, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| Sy1. Você tem inchaço no seu pé/tornozelo? | Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente, Sempre | |
| Sy2. Você sente ranger, estalar ou qualquer outro tipo de som quando o movimenta o pé? | Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente, Sempre | |
| Sy3. O seu pé trava ou fica bloqueado aos movimentos? | Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente, Sempre | |
| Sy4. Você consegue forçar o seu pé completamente para baixo? | Sempre, Frequentemente, Às vezes, Raramente, Nunca | |
| Sy5. Você consegue forçar o seu pé completamente para cima? | Sempre, Frequentemente, Às vezes, Raramente, Nunca | |
| ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA | | |
| Qual a dificuldade que você sentiu nesta última semana : | | |
| A1. Descendo escadas | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A2. Subindo escadas | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A3. Levantando-se a partir da posição sentada | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A4. Em pé | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A5. Curvando-se para pegar um objeto no chão | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A6. Andando em superfícies planas | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A7. Entrando e saindo do carro | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A8. Indo às compras | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A9. Colocando meias | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A10. Levantando-se da cama | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A11 Tirando as meias | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A12 Virando-se na cama mantendo a mesma posição do tornozelo/pé | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A13. Entrando ou saindo do banho | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A14 Sentando | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A15. Sentando e levantando do vaso sanitário | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A16. Realizando tarefas domésticas pesadas (deslocando caixas pesadas, esfregando o chão, etc) | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| A17. Realizando tarefas domésticas leves (cozinhando, varrendo, barbeando-se etc) | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| Atividades ESPORTIVAS E RECREACIONAIS | | |
| Qual a dificuldade que você sentiu ou sentiria nesta última semana : | | |
| Sp1. Agachando | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| Sp2. Correndo | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| Sp3. Pulando | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| Sp4. Mudando de direção sobre o seu tornozelo/.pé lesionado | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| Sp5. Ajoelhando-se | Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |
| QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO AO PÉ E TORNOZELO | | |
| Q1. Com que frequência que você percebeu os problemas do seu tornozelo/pé? | Nunca, Mensalmente, Semanalmente, Diariamente, Sempre | |
| Q2. Você tem modificado seu estilo de vida para evitar atividades potencialmente danosas para o seu tornozelo/pé? | Não, um pouco, Moderadamente, Muito, totalmente | |
| Q3. O quanto você está incomodado com a falta de confiança no seu pé/tornozelo? | Não, Um pouco, Moderadamente, Muito, Totalmente | |
| Q4. No geral, qual grau de dificuldade você tem com o seu tornozelo/pé? | Nenhum, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema | |