

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? S2. Qual o grau de rigidez após sentar, deitar ou ao descansar mais tarde durante o dia?	Nenhum, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema 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	