|  |
| --- |
| **QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES\*** |

\*Baseado no QNSO

|  |
| --- |
| **Nome completo:****Matrícula:****Cargo:****Unidade:****Idade:****Data de preenchimento:** |

**Modalidade:**

Escolher um item.

Por gentileza, responda a cada questão do quadro a seguir com “**Sim**” ou “**Não**”**.** Não deixe nenhuma questão em branco.

Obs.: O mapa anatômico serve como guia para localização da região.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partes do corpo** | **Nos últimos 12 meses** | **Nos últimos 7 dias** |
| Você teve problemas (como dor, formigamento) em: | Você foi impedido de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, lazer, atividades domésticas) por causa desse problema em: | Você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em: | Você teve algum problema em: |
| PESCOÇO |  |  |  |  |
| OMBROS |  |  |  |  |
| PARTE SUPERIORDAS COSTAS |  |  |  |  |
| COTOVELOS |  |  |  |  |
| PUNHOS/MÃOS |  |  |  |  |
| PARTE INFERIOR DAS COSTAS |  |  |  |  |
| QUADRIL/COXAS |  |  |  |  |
| JOELHOS |  |  |  |  |
| TORNOZELOS/PÉS |  |  |  |  |

Caso você tenha assinalado “sim” para algumas das opções acima, descreva os eventos de dor/desconforto e os sintomas atuais.

Caso você tenha ingressado, mediante a Resolução GP n. 5/2021, que regulamenta as condições especiais de trabalho de magistrados e servidores que tenham deficiência, necessidades especiais ou doença grave ou que sejam pais ou responsáveis por dependentes nessa mesma condição e dá outras providências, responda as questões abaixo:

1.Trata-se de deficiência, necessidades especiais ou doença grave própria ou em filhos ou dependentes?

Caso a deficiência, necessidades especiais ou doença grave seja própria, favor preencher os questionamentos a seguir:

2.Qual é o tipo de sua deficiência?

3.Quais as adaptações você sente que são necessárias para a realização do seu trabalho?

4.Seu posto de trabalho, em casa, é adequado para o pleno exercício laboral?