

## AVALIAÇÃO

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE

HD: \_\_\_\_\_  
QP: \_\_\_\_\_  
HMA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes clínicos: \_\_\_\_\_  
Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
Atividade física: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_ Tabagismo ( ) Sim ( ) Não  
Limitação Funcional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CEFALEIA

Há quanto tempo:

Relação com período/fato/acontecimento:

Agrava com esforço físico? ( ) Sim ( ) Não

Desperta pela dor: ( ) Sim ( ) Não

Foto/Fono/Osmofobia: ( ) Sim ( ) Não

Náusea/ Vômito ( ) Sim ( ) Não

Rinorréia / Lacrimejamento ( ) Sim ( ) Não

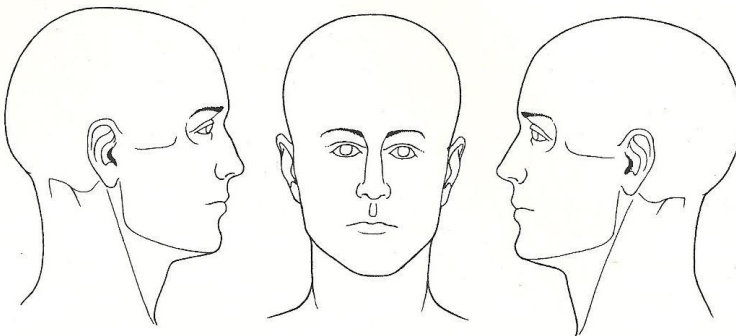
Ptose Palpebral ( ) Sim ( ) Não

Frequência de crises:

Tipo de dor:

Duração das crises:

Localização da dor:



Tipo de dor:

- ▲ Queimação
- X Pulsátil
- Pressão

Intensidade da crise:

**Sem dor** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **dor máxima**

Reavaliação (EVA):

Dor no momento:

**Sem dor** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **dor máxima**

Reavaliação (EVA):

O que provoca sua dor de cabeça?

O que alivia?

### **CERVICALGIA**

Há quanto tempo:

Relação com período/fato/acontecimento:

Frequência de crises:

Duração das crises:

### **EXAME FÍSICO**

Postura

Vista Anterior:

---

---

---

Vista Lateral

---

---

---

Vista Posterior

---

---

---

→ Palpação muscular

\* dor familiar

Músculo	Avaliação		Reavaliação	
	Data: ___/___/___		Data: ___/___/___	
	D	E	D	E
Temporal anterior				

Temporal médio				
Temporal posterior				
Masseter origem				
Masseter ventre				
Masseter inserção				
Região submandibular				
Região posterior da mandíbula				
ECOM (inserção)				
Esternocleidomastoideo (ventre)				
Escaleno				
Elevador da escápula				
Trapézio superior (ponto médio)				
Trapézio inserção				
Suboccipitais				
Pterigoideo lateral				
Tendão do temporal				
ATM polo posterior				
ATM polo lateral				

→ ADM (CROM)

MOVIMENTO	Avaliação				Reavaliação			
	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___			
	Posição Inicial	Posição Final	Arco de Movimento	Dor 0-10	Posição Inicial	Posição Final	Arco de Movimento	Dor 0-10
Flexão								
Extensão								
Inclinação a D								
Inclinação a E								
Rotação a D								
Rotação a E								
FRT a D								
FRT a E								

Valores Referência – CROM

Idade	F	E	I	R
10	67	86	49	76
20	64	81	46	72
30	61	76	43	68
40	58	71	40	65
50	55	66	36	62
60	52	62	33	58
70	49	58	30	55
80	46	54	27	52
90	43	49	24	49

### Testes complementares

	Positivo	Negativo	OBS
Abdução do ombro			
Teste de Spurling			
Teste de Distração			
Teste da Artéria Vertebral Superior			
Teste de Retração Cervical			

Força muscular dos flexores profundos:

Resultado	Data da avaliação

### DTM

Você tem algum desses sintomas?

Estalo	sim	não
Ranger	sim	não
Rangido noturno	sim	não
Rangido diurno	sim	não
Mordida desconfortável/ fora do usual	sim	não
Rigidez matinal	sim	não
Barulho no ouvido	sim	não

Você já teve dor na face, nos maxilares, têmporas, na frente do ouvido ou no ouvido no MÊS PASSADO: Não 0 Sim 1

Você alguma vez teve travamento articular de forma que não foi possível abrir a boca por todo o trajeto? Não 0 Sim 1

Se SIM: Esta limitação de abertura mandibular foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar? Não 0 Sim 1

Você já apresentou ou apresenta inchaço ou dor em qualquer das articulações que não sejam as articulações perto de seus ouvidos (ATMs)? Não 0 Sim 1

É uma dor persistente que você vem tendo por pelo menos um ano? Não 0 Sim 1

### **Formulário de exame (RDC/TMD):**

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

Em nenhum dos lados 0 No lado direito 1 No lado esquerdo 2 Em ambos os lados 3

2. Você poderia apontar as áreas onde você sente dor?

	Direito	Esquerdo
Nenhuma	0	0
Articulação	1	1
Músculos	2	2
Ambos	3	3

3. Padrão de abertura

Sem desvio	0	
Desvio lateral direito (não corrigido)	1	
Desvio lateral direito corrigido (“S”)	2	
Desvio lateral esquerdo (não corrigido)	3	
Desvio lateral esquerdo corrigido (“S”)	4	
Outro	5	Tipo (especifique): _____

4. Amplitude de movimento de abertura da boca

Você tem dor durante abertura da boca? Não 0 Sim 1

	ADM (mm)	Dor Muscular				Dor Articular			
		nenhuma	D	E	ambos	nenhuma	D	E	ambos
Abertura ativa sem dor		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Abertura máxima ativa		0	1	2	3	0	1	2	3
Abertura máxima passiva		0	1	2	3	0	1	2	3
Overbite		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Overjet		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. Ruídos articulares:

Abertura

	Direito	Esquerdo	<u>Fechamento</u> Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0	0	0
Estalido	1	1	1	1
Crepitação grosseira	2	2	2	2
Crepitação fina	3	3	3	3

Medida do estalido na \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ mm  
abertura/fechamento

Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva (NA: não apresenta)

	Direito	Esquerdo
Sim	0	0
Não	1	1
NA	8	8

## 6. Excursões

	ADM mm	Dor Muscular				Dor Articular			
		nenhuma	D	E	ambos	nenhuma	D	E	ambos
Desvio lateral direito		0	1	2	3	0	1	2	3
Desvio lateral esquerdo		0	1	2	3	0	1	2	3
Protrusão		0	1	2	3	0	1	2	3

Desvio da linha média: \_\_\_\_\_ mm

direito	esquerdo	NA
0	1	8

## 7. Ruídos articulares

	Nenhum		Estalido		Crepitação grosseira		Crepitação leve	
	D	E	D	E	D	E	D	E
Excursão direita	0	0	1	1	2	2	3	3
Excursão esquerda	0	0	1	1	2	2	3	3
Protrusão	0	0	1	1	2	2	3	3

**Diagnóstico(s) RDC:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico cinético-funcional:** \_\_\_\_\_

**Objetivo/Plano de Tratamento:**

---



---



---



---



---

**Reavaliação**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DTM**

Abertura ativa sem dor: \_\_\_\_\_ mm

Desvio lateral esquerdo: \_\_\_\_\_ mm

Abertura máxima ativa: \_\_\_\_\_ mm

Protrusão: \_\_\_\_\_ mm

Abertura máxima passiva: \_\_\_\_\_ mm

Overbite: \_\_\_\_\_ mm

Desvio lateral direito: \_\_\_\_\_ mm

Overjet: \_\_\_\_\_ mm

**Cefaleia**

Frequência:

Intensidade:

Duração:

**Recuperação Funcional:** \_\_\_\_\_

---



---



---

## Subgrupos cervicais

<i>Controle da dor</i>	<i>Mobilização</i>	<i>Cefaleia Cervicogênica</i>	<i>Centralização</i>	<i>Exercícios e condicionamento</i>
<b><i>Extrema dor aguda</i></b>	< 50 anos	Cefaleia unilateral desencadeada pela coluna cervical	Sintomas com propagação para o MMSS	NDI < 20%
<b><i>NDI &gt; 52</i></b>	Sintomas < 12 semanas	Cefaleia piora ou inicia com movimentos da coluna cervical	Centralização com ADM ativa	EVA = 1 – 4
<b><i>EVA &gt; 7-10</i></b>	ADM ativa restrita	Cefaleia desencadeada por pressão em PG	Sinais neurológicos +	Exame neurológico normal
<b><i>Grande restrição de ADM</i></b>	Hipomobilidade cervical e torácica	Sintomas intermitentes	Teste de Spurling +	Ausência de centralização ou distalização da dor
<b><i>Grande dificuldade de exame</i></b>	Não ter radiculopatia  Dor somente local ou irradiada até o ombro	Sintomas associados a atividades mantidas por longos períodos	Teste de distração +  ADM < 60° de rotação ipsilateral a dor	Dor crônica cervical de longa data  Sintomas > 12 semanas