

QUESTIONÁRIO

MOCHILAS ESCOLARES E SAÚDE MÚSCULO-ESQUELÉTICA

Escola:					(*) Código:						
Nome do Aluno:					(*) Código:						
Morada:					Telefone:						
Data	Habilitações	Sexo	Data	Idade	Peso	Altura					
_____	_____	_____	_____	_____	_____, ____	_____, ____					
dia	mês	ano	F	M	dia	mês	ano	anos	kg	cm	mm

1. Como é que hoje trouxeste os teus livros escolares?

<input type="checkbox"/>	Mochila
<input type="checkbox"/>	Mala
<input type="checkbox"/>	Outra? (Qual) _____

2. A tua mala/mochila tem alguma das seguintes características? (Podes assinalar mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/>	Cinto	<input type="checkbox"/>	Correia de peito
<input type="checkbox"/>	Alças acolchoadas	<input type="checkbox"/>	Alças de ombros ajustáveis
<input type="checkbox"/>	Apoio metálico nas costas	<input type="checkbox"/>	Costas acolchoadas

<input type="checkbox"/>	Outra (Qual)?:
--------------------------	----------------

3. a) Quantas vezes usas o seguinte elementos da tua mochila/mala?

	Nunca	Às vezes	Sempre	Não Tenho
Cinto				
Correia de peito				

<input type="checkbox"/>	Outro (Qual)?:
--------------------------	----------------

b) Se usas, por que é que o fazes?

4. Como é que vieste para a escola? (Por favor, assinala)

a) Esta manhã

- A pé
- Bicicleta
- Carro/Táxi
- Autocarro/Comboio/Eléctrico

Outro (Qual)?:

b) Habitualmente

- A pé
- Bicicleta
- Carro/Táxi
- Autocarro/Comboio/Eléctrico

Outro (Qual)?:

5. Como é que **vais para casa** habitualmente?

- A pé
- Bicicleta
- Carro/Táxi
- Autocarro/Comboio/Eléctrico

Outro (Qual)?:

6. Durante quanto tempo transportas a tua mala/mochila?

a) DE CASA PARA A ESCOLA

- Menos de 5 minutos
- 5-10 minutos
- 11-20 minutos
- 21-31 minutos
- Mais de 30 minutos

b) DA ESCOLA PARA CASA

- Menos de 5 minutos
- 5-10 minutos
- 11-20 minutos
- 21-31 minutos
- Mais de 30 minutos

7.

a) Como é que **habitualmente** transportas a tua mala/mochila da escola de e para a escola? (Por favor, assinala só uma opção)

<input type="checkbox"/>	Nos dois ombros	<input type="checkbox"/>	Mão Direita
<input type="checkbox"/>	Ombro direito	<input type="checkbox"/>	Mão Esquerda
<input type="checkbox"/>	Ombro esquerdo	<input type="checkbox"/>	Ambas as mãos à tua frente
<input type="checkbox"/>	Outro (Qual): _____		

b) Por que é que a transportas assim?

8.

a) Tens um cacifo? (Se responderes sim, passa para a alínea c).

Sim Não

b) Se não tens, porquê? (Se respondeste a esta pergunta, passa para a pergunta 11).

c) Se tens, com que frequência o usas?

<input type="checkbox"/>	Início/Final do dia
<input type="checkbox"/>	No intervalo entre aulas e no intervalo do almoço
<input type="checkbox"/>	Raramente
<input type="checkbox"/>	Nunca

9. Se raramente ou nunca usas o cacifo, por que é que o fazes?

10. Quando usas o teu cacifo, quais as razões porque o fazes?

11.

a) Transportas habitualmente a tua mala/mochila entre uma aula e outra?

Sim Não

b) Porquê?

c) Se transportas a tua mala/mochila entre uma aula e outra como é que a transportas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nos dois ombros | <input type="checkbox"/> Mão Direita |
| <input type="checkbox"/> Ombro direito | <input type="checkbox"/> Mão Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Ombro esquerdo | <input type="checkbox"/> Ambas as mãos à tua frente |

Outro (Qual):

a) Por que é que a transportas assim?

12. Há mais alguma coisa que queiras dizer acerca da mala/mochila em que transportas os teus livros?

13. Hoje, para além da mochila/mala, trouxeste mais alguma coisa? (ex. Equipamento desportivo, instrumento musical)

- Sim Não

Se sim, especifica o que trouxeste: _____

14. Tens tido problemas de saúde? (Ex: asma, diabetes, escoliose)

15. Já alguma vez foste operado?

- Sim Não

_____	_____
Ano	Tipo de Operação
_____	_____
_____	_____
_____	_____

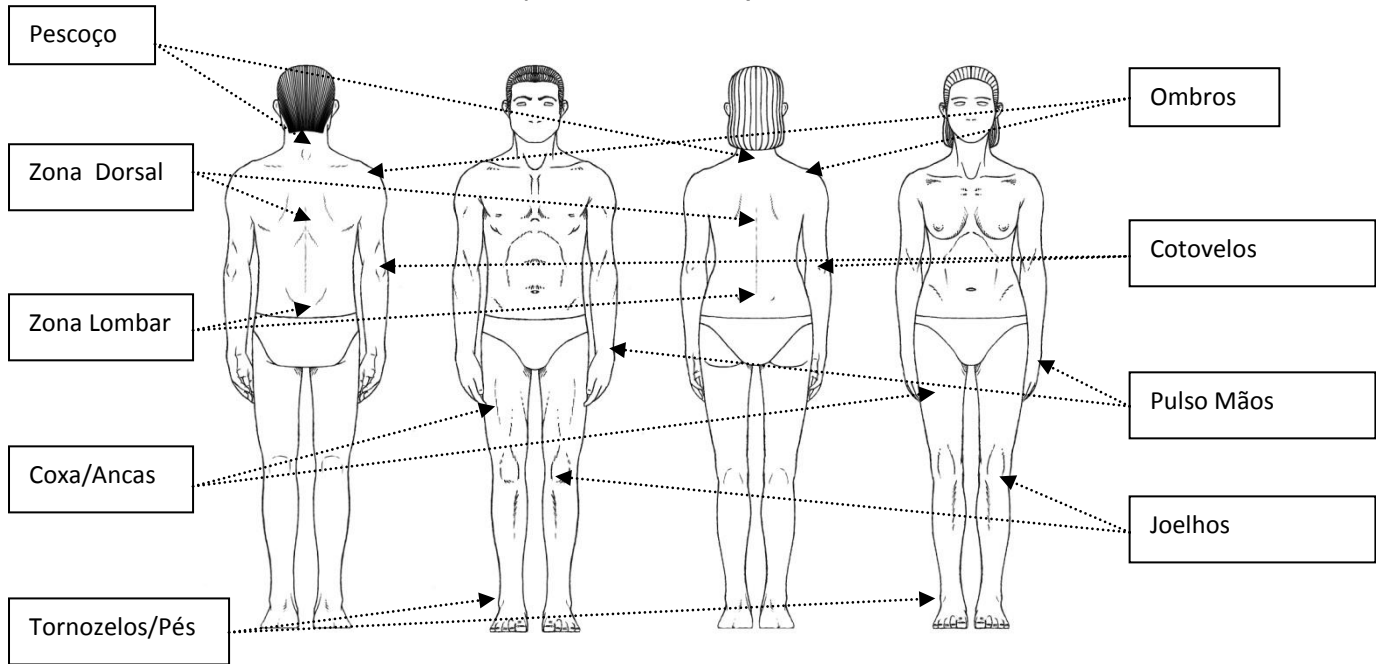
16.

a) Sentiste alguma dor nos últimos três meses?

Sim

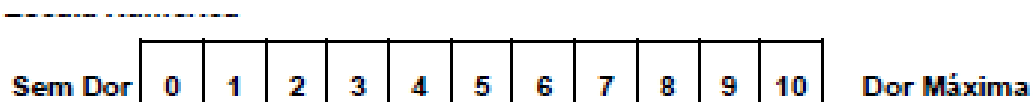
Não

b) Se sentiste dor, assinala com um círculo os locais no mapa corporal da figura (se sentiste dor nos membros superiores ou inferiores, assinala se foi no lado esquerdo ou direito):

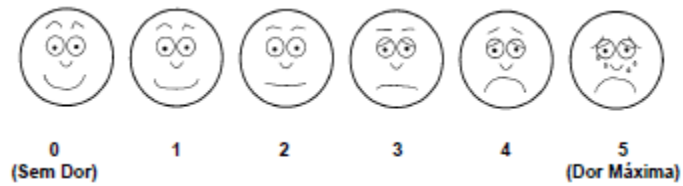


c) Numa escala de 0 a 10, qual a intensidade da dor que sentiste?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pescoço										
Ombros										
Zona Dorsal										
Cotovelos										
Zona Lombar										
Pulso/Mãos										
Coxa/Anca										
Joelhos										
Tornozelos/Pés										



d) Com a ajuda das expressões faciais das figuras seguintes, assinala qual a melhor representa a intensidade da dor que sentiste:



	0	1	2	3	4	5
Pescoço						
Ombros						
Zona Dorsal						
Cotovelos						
Zona Lombar						
Pulso/Mãos						
Coxa/Anca						
Joelhos						
Tornozelos/Pés						

e) Durante quanto tempo sentiste a dor?

- 1-7 dias
- 8-30 dias
- 30 dias, mas não todos os dias
- Mais de 30 dias consecutivos

f) Porque é que pensas que tens essa dor?

g) Tiveste necessidade de consultar um médico por causa dessa dor?

- Sim Não

h) Fizeste ou estás a fazer algum tratamento clínico ou medicação devido a esta dor?

- Sim Não

i) Estiveste impedido de realizar alguma actividade diária devido a esta dor?

Sim

Não

Se sim, diz quais as actividades que não pudeste realizar:

MUITO OBRIGADO PELA TUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO!