

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substâncias de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

Questão	Cotação					Razões	Sugestões de Melhoria
	1	2	3	4	5		
<p>1.1. Escalão: _____</p> <p>1.2. Idade: _____</p> <p>1.3. Altura: _____ m</p> <p>1.4. Peso: _____ kg</p> <p>1.5. Posição em campo: _____</p> <p>1.6. Membro inferior dominante: _____</p>	1	2	3	4	5		
<p>NOTA: Considere a época 2012/2013 como o período compreendido entre <u>Agosto de 2012 e Junho de 2013.</u></p> <p>2.1. Há quanto tempo pratica futebol (anos completos)? _____</p>	1	2	3	4	5		
<p>2.2. Qual a carga horária média semanal (em horas) de treinos nesta época? _____</p>	1	2	3	4	5		
<p>2.3. Qual foi a duração média normal (em minutos) de um treino? _____</p>	1	2	3	4	5		

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

<p>2.4. A quantos treinos faltou durante esta época?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 5 <input type="checkbox"/> Entre 5 e 9 <input type="checkbox"/> Entre 10 e 15 <input type="checkbox"/> 16 ou mais</p>	1	2	3	4	5		
<p>2.5. Caso tenha necessitado de faltar a algum treino, qual foi o motivo predominante? (escolha apenas um)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Escola/Estudo <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>	1	2	3	4	5		
<p>2.6. Em quantos jogos, completos ou não, participou durante esta época? _____</p>	1	2	3	4	5		
<p>2.7. Qual foi o tempo médio (em minutos) de participação em cada jogo? _____</p>	1	2	3	4	5		
<p>2.8. Participou em competições pela Selecção Nacional durante esta época? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, indique:</p> <p>2.8.1. No total, quantos treinos fez?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 5 <input type="checkbox"/> Entre 5 e 9 <input type="checkbox"/> 10 ou mais</p> <p>2.8.2. Quantos jogos, completos ou não, fez? _____</p>	1	2	3	4	5		

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

3.1. Na última época (desde Agosto 2012) sofreu alguma(s) lesão(ões)?		1	2	3	4	5		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>								
3.2. Assinale no quadro abaixo <u>todas as lesões contraídas em actividades ligadas ao futebol e ao serviço do clube e/ou selecção que representava na referida época.</u>								
<u>NOTA:</u> Caso a lesão tenha sido no membro inferior ou membro superior, por exemplo (braço ou joelho), assinale em baixo a que lado corresponde a lesão, ou seja (direito/esquerdo).								
Locais anatómicos afectados								
Cabeça/Cara/Face	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		
Pescoço/Coluna Cervical	<input type="checkbox"/>							
Ombro/Clavícula	<input type="checkbox"/>							
Braço	<input type="checkbox"/>							
Cotovelo	<input type="checkbox"/>							
Antebraço	<input type="checkbox"/>							
Punho	<input type="checkbox"/>							

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

Mão/Dedos/Polegar	<input type="checkbox"/>								
Esterno/Costelas/Coluna Dorsal	<input type="checkbox"/>								
Abdómen	<input type="checkbox"/>								
Coluna Lombar/Pélvis/Sacro	<input type="checkbox"/>								
Anca/Virilha	<input type="checkbox"/>								
Coxa	<input type="checkbox"/>								
Joelho	<input type="checkbox"/>								
Perna/Tendão de Aquiles	<input type="checkbox"/>								
Tornozelo	<input type="checkbox"/>								
Pé e dedos	<input type="checkbox"/>								
<p>3.3. Das lesões acima assinaladas refira até <u>três das que considerou mais graves, colocando-as por ordem de gravidade</u> (da mais grave para a menos grave)</p> <p>NOTA: Tenha em conta que a gravidade da lesão está relacionada com as alterações no treino e/ou tempo de ausência da actividade física.</p> <p>Lesão 1 _____</p> <p>Lesão 2 _____</p>		1	2	3	4	5			

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

Lesão 3 _____										
3.4. Sabe qual o diagnóstico exacto da(s) lesão(ões) que referiu anteriormente? Lesão 1 _____ Lesão 2 _____ Lesão 3 _____ Não sei <input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5		
3.5. Preencha o quadro que se segue, de acordo com a(s) lesão(ões) que assinalou, marcando uma x (cruz) na resposta que corresponde à sua situação. Coloque-as pela seguinte ordem: lesão 1 (a que considera mais grave) até à lesão 3 (a menos grave).										
Quadro de lesões										
Quando ocorreu(eram) a(s) lesão(ões)?	Lesão 1 (++ grave)	Lesão 2 (+ grave)	Lesão 3 (grave)	1	2	3	4	5		
Pré-época (entre Agosto e Setembro de 2012)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
1ª Fase da época (entre Outubro e a paragem de Natal de 2012)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2ª Fase da época (entre Janeiro e Junho de 2013)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Não se recorda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

Tipo de lesão	Lesão 1 (++ grave)	Lesão 2 (+ grave)	Lesão 3 (grave)							
<u>Lesão Óssea</u>										
Fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Outra Lesão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<u>Lesão da Articulação ou Ligamentos</u>										
Luxação/Sub-luxação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Lesão Ligamentar/"Sprain" ou Entorse (lesões agudas por distensão dos ligamentos e cápsulas articulares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Lesão do Menisco/Cartilagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<u>Lesão Muscular e Tendões</u>										
Lesão Muscular/"Strain" (lesões agudas por distensão dos músculos e tendões)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Lesão nos Tendões/Tendinopatias/Bursite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		
<u>Contusões, Lacerações e Lesões da Pele</u>										
Hematoma/Contusão/Equimose (Nódoa negra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Abrasão (Pele esfolada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

Laceração (Arranhão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<u>Sistema Nervoso Central/Periférico</u>										
Traumatismo (com ou sem perda de consciência)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Lesão dos Nervos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<u>Outra</u>										
Lesão Dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Outras Lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Ocorrência da lesão	Lesão 1 (++ grave)	Lesão 2 (+ grave)	Lesão 3 (grave)							
1ª Lesão (1ª ocorrência/episódio nesta estrutura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Recidiva de lesão anterior (lesão do mesmo tipo e no mesmo local que a lesão inicial, que ocorre após o regresso, sem limitação à prática da actividade física normal):				1	2	3	4	5		
1ª Lesão ocorreu há menos de 2 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
1ª Lesão ocorreu entre os 2 e os 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
1ª Lesão ocorreu há mais que 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

Qual foi o motivo da(s) lesão(ões) em treino e jogo	Lesão 1 (++ grave)	Lesão 2 (+ grave)	Lesão 3 (grave)						
Contacto por parte do adversário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	
Sem contacto por parte do adversário (Sozinho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Não sabe ou não se lembra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Tempo de inactividade causado pela lesão	Lesão 1 (++ grave)	Lesão 2 (+ grave)	Lesão 3 (grave)						
Nenhum dia, embora tenha feito a actividade de forma condicionada e/ou procurado o conselho de um profissional de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
De 1 a 3 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Entre 4 e 7 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	
Entre 8 e 28 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Mais de 28 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Recorreu a algum profissional de saúde após a ocorrência da lesão?	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>						
Quem? (pode colocar mais de 1 opção)	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>						
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Osteopata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Massagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

- 1 – Concorda sem reservas.
 2 – Concorda com a generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
 3 – Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 4 – Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça a sugestão.
 5 – Sem Opinião.

A - Essencial
 B - Importante
 C - Interessante

Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Outro. Quem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Quanto tempo depois da ocorrência da lesão consultou o profissional de saúde?	Lesão 1 (++ grave)	Lesão 2 (+ grave)	Lesão 3 (grave)							
No mesmo dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		
No dia seguinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2 a 4 dias depois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
5 a 14 dias depois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
15 ou mais dias depois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Realizou tratamentos de Fisioterapia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		
Actualmente qual a sua situação em relação à lesão?	Lesão 1 (++ grave)	Lesão 2 (+ grave)	Lesão 3 (grave)							
Sem dor ou outro sintoma e totalmente recuperado (Actividade plena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5		
Sem dor ou outro sintoma mas ainda em tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Com dor ou outro sintoma e em tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Com dor ou outro sintoma mas não em tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							