

Tradução e adaptação cultural da escala “Lower Limb extremity Amputee Measurement Scale” para a língua portuguesa

Translation and cultural adaptation of the scale “Lower Limb extremity Amputee Measurement Scale” into Portuguese

Ana Maria Vieira Gardin¹, Juliana Mantovani de Resende², Therezinha Rosane Chamlian³

RESUMO

Objetivo: Traduzir a versão original da escala Lower Limb extremity Amputee Measurement Scale (LLAMS) da língua inglesa para a portuguesa; verificar o nível de compreensão da escala entre os profissionais da saúde e construir uma versão adaptada culturalmente aos profissionais da população brasileira. **Método:** Foram realizadas duas traduções da escala original americana para o português, e a tradução consensual foi convertida em duas novas versões para a língua inglesa. Estas duas versões foram comparadas com a versão original do instrumento americano e novamente as divergências foram analisadas e modificadas para um consenso com a versão original. Obteve-se uma versão brasileira da LLAMS modificada que foi avaliada em relação à sua equivalência cultural e conteúdo. A versão brasileira da LLAMS foi aplicada em profissionais da área da saúde (n = 20) para avaliação do nível de compreensão de cada sentença. **Resultados:** Na primeira aplicação, obteve-se 35% de não compreensão no item “data clínica,” e este item foi substituído por “data da consulta médica”. A escala foi então reaplicada, obtendo-se 100% de compreensão. **Conclusão:** Foi realizada a tradução e a adaptação cultural da versão original do LLAMS da língua inglesa para a portuguesa e quantificou-se o nível de compreensão dos profissionais, obtendo-se 100% de compreensão dos itens após duas aplicações. Com isso, construiu-se uma versão adaptada culturalmente aos profissionais e pacientes da população brasileira.

Palavras-chave: Escalas, Avaliação, Amputados, Reabilitação

ABSTRACT

Objective: Translate the original version of the Lower Limb extremity Amputee Measurement Scale (LLAMS) scale from english to Portuguese, to check the level of understanding of the scale among health professionals and build a culturally adapted version for the brazilian population. **Method:** There were two american translations of the original scale for the portuguese, and the consensus translate in portuguese was converted into two new versions for the english language. These two versions were compared with the original version of the american instrument. The differences were analyzed again and modified to a consensus with the original version. We got a brazilian version of the modified LLAMS that was evaluated in relation to its cultural equity and content. The brazilian version of LLAMS been applied in health care professionals (n = 20) for evaluate the level of understanding of each sentence. **Results:** In the first application we obtained a rate of 35% of not understanding in “clinical date”. The item “clinical date” was change for the date of medical consultation. It was replaced and reapplied, which obtained 100% of understanding. **Conclusion:** There was developed a translation and cultural adaptation of the original version of LLAMS scale from english to portuguese language and quantified the level of understanding of professionals, where it was obtained 100% of understanding of each sentence after two applications. With this, there was built up a culturally adapted version to professionals and patients of the brazilian population.

Keywords: Scales, Evaluation, Amputees, Rehabilitation

¹ Fisioterapeuta, Especialização em Fisioterapia Motora Hospitalar e Ambulatorial aplicada à Ortopedia e Traumatologia Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - (UNIFESP).

² Fisioterapeuta, Ex-preceptora da Especialização em Fisioterapia Motora Hospitalar e Ambulatorial aplicada à Ortopedia e Traumatologia Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - (UNIFESP).

³ Médica Fisiatra, Professora Afiliada, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - (UNIFESP).

Endereço para correspondência:
Lar Escola São Francisco
Therezinha Rosane Chamlian
Rua dos Açores, 310, Jardim Luzitânia
CEP 04032-060
São Paulo - SP
E-mail: rosane.chamlian@larescola.com.br

Recebido em 07 de Setembro de 2013.

Aceito em 05 de Novembro de 2013.

DOI: 10.5935/0104-7795.20130035

INTRODUÇÃO

A amputação é a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro.¹ Nos Estados Unidos, estima-se que 150.000 pessoas são submetidas a amputações dos membros por ano.² No Brasil, a estimativa é de 13,9 a cada 100.000 habitantes.³ Os instrumentos para avaliação de indivíduos com amputação de membro inferior são propostos para direcionamento do tratamento e atendimento a este grupo de pacientes.¹ Uma avaliação objetiva por meio de escalas ou questionários fornece base científica para comunicação entre profissionais, documentação da eficácia de tratamento e credibilidade dentro da comunidade de profissionais da saúde.⁴

Os instrumentos de avaliação podem ser genéricos ou específicos.⁵⁻⁸ Os mais frequentemente utilizados na literatura são: Índice de Barthel,⁸ *Questionnaire for persons with a Transfemoral Amputation* (Q-TFA),^{9,10} *Trinity amputation and prosthesis experience scales* (TAPES),¹¹ *Generic health-related* (HRQD),¹² *Nottingham health profile*,¹³ *Outcomes study 36-item short-form health survey* (SF-36),¹⁴ *Protheses evaluation questionnaire* (PEQ),^{15,16} *Sickness impact profile* (SIP),¹⁷ *Profile of mood states- short form* (POMS-SF).¹⁸ Cheifetz et al.¹⁹ em 2007, propuseram uma nova escala global - Lower Limb Extremity Amputee Measurement Scale (LLAMS) contendo 31 perguntas, sub-divididas em seis domínios: médico (seis questões), cognitivo (sete questões), social (três questões), avaliação da capacidade física (oito questões), atividades de vida diária (quatro questões) e outras (três questões). Esta escala LLAMS tem como objetivo auxiliar na divisão dos pacientes quanto ao tempo de permanência no programa de reabilitação e estabelecer a quantidade de cuidados que o paciente amputado necessitará. Pode ser aplicada por qualquer membro de uma equipe de reabilitação e a pontuação varia de 0 a 31 pontos.¹⁹

OBJETIVO

Os objetivos do estudo foram: traduzir a versão original da escala LLAMS da língua inglesa para a portuguesa, verificar o nível de compreensão da escala entre os profissionais da saúde e construir uma versão adaptada culturalmente aos profissionais da população brasileira.

MÉTODO

O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP-HSP (CEP 0948/08). Para as etapas de tradução e

adaptação cultural, seguiu-se as diretrizes propostas por Guillemin et al.^{20,21}

Inicialmente, foram realizadas duas traduções da versão original americana para o português, por dois tradutores brasileiros juramentados (tradução inicial). As duas versões foram comparadas por um comitê formado por quatro fisioterapeutas vinculados ao Lar Escola São Francisco - Centro de Reabilitação (LESF) e as divergências modificadas para um consenso quanto à tradução inicial. A versão revisada em português foi convertida em duas novas versões para a língua inglesa (*back-translation*), por outros dois tradutores juramentados. Estas duas novas versões foram comparadas com o instrumento original em inglês e as divergências existentes foram documentadas e analisadas pelo mesmo comitê até obtenção de uma segunda versão em português.

Para avaliação do nível de entendimento de cada sentença e avaliação da estrutura e conteúdo da escala, a versão brasileira da LLAMS foi aplicada em 20 profissionais da área da saúde (fisioterapeutas, médicos fisiatras e ortopedistas) vinculados ao Lar Escola São Francisco - Centro de Reabilitação (LESF) e ao Hospital São Paulo (HSP) - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Os itens foram classificados pelos indivíduos do grupo em "compreendido" e "não-compreendido".

As alternativas classificadas com mais de 15% de "não-compreendido" foram reescritas e substituídas por alternativas equivalentes, de modo que não fossem alterados conceito, estrutura e propriedade de base do instrumento. Uma nova versão foi reaplicada em um novo grupo de profissionais da área da saúde (n = 20), até que nenhuma alternativa fosse classificada com 15% ou mais de "não-compreendido".

RESULTADOS

Foram realizadas duas traduções da escala na versão original americana para o português, comparando-as e adaptando os termos necessários, assim como nas duas novas versões para a língua inglesa, demonstrados nos Quadros 1 e 2.

A primeira versão final em português foi aplicada ao grupo de profissionais (n = 20) para avaliação do nível de compreensão das alternativas. Na primeira aplicação, o item "data clínica" obteve 35% de não compreensão, e fora então, substituído por "data da consulta médica". Esta nova versão foi reaplicada em outros 20 profissionais, atingindo 100% de compreensão.

A versão final da escala LLAMS traduzida e adaptada à língua portuguesa foi construída e será apresentada a seguir.

DISCUSSÃO

Guillemin et al.^{20,21} propõem um procedimento padronizado para tradução e adaptação cultural dos instrumentos. Este procedimento tem sido citado em vários estudos e os critérios são reconhecidos internacionalmente. Além de uma tradução confiável, é necessária a adaptação cultural para o país ou região em que o instrumento será utilizado, já que há diferenças entre as definições, crenças e comportamentos.

Novas escalas são necessárias para avaliação funcional da população de amputados.²²⁻²⁵

A escala LLAMS foi desenvolvida em 2007 baseada na escala FIM.¹⁹ Não há estudos na literatura que tenham utilizado esta escala, já que fora recentemente publicada e validada.

Os autores da escala em questão tiveram como primeiro objetivo determinar o tempo de internação de um paciente no centro de reabilitação (*Amputee Rehabilitation Program Chedoke Campus*), podendo ser de seis a oito semanas. O segundo objetivo foi estabelecer a quantidade de cuidados que o paciente amputado necessita.¹⁹

Entramos em contato com o autor principal via e-mail, explicando que no Brasil o paciente vai ao centro de reabilitação uma ou duas vezes na semana. Os autores acharam pertinente a utilização do instrumento para caracterização dos indivíduos no serviço de reabilitação que dura, em média, 10,5 meses.²⁶

Diversos autores^{5,19,27} acreditam que o processo de adaptação do paciente após a amputação, em longo prazo, envolve essencialmente as adaptações funcionais, psico-sociais e físicas. De acordo com Gallagher & Lachman,¹¹ Delisa & Gans⁴ e Guillemin et al.²⁰ é importante que novas escalas estejam disponíveis para os profissionais e pesquisadores brasileiros. Além disso, a escala LLAMS engloba em seus domínios itens relevantes para o tratamento do paciente amputado, e justifica assim, a escolha deste trabalho.

Cheifetz et al.¹⁹ esclarecem que a escala é sensível para o paciente amputado protetizado ou não, revelado no item "outros" na questão quanto a adaptação do paciente. Correia et al.⁵ evidenciam a importância desta diferenciação para a independência e qualidade de vida do paciente e ressaltam assim, a aplicabilidade da LLAMS em diferentes fases do tratamento do indivíduo com amputação, ao contrário da FMA.²⁸

Quadro 1. Termos modificados após a revisão

Apêndice	Domínio	Item/questão	Termo empregado	Termo modificado
A	Cognitivo	5	Curativo	Enfaixamento
A	Exame físico	6	Pé/tornozelo	Pé e tornozelo
A	Exame físico	7	Juntas	Articulações
A	Outros	2	Inglês	Português
B	Outros	29	Inglês	Português
B	Outros	30	Inglês	Português

Quadro 2. Termos modificados após back-translation

Apêndice	Domínio	Item/questão	Termo empregado	Termo modificado
A	Other	2	Non english speaking	The patient does not portuguese
B	Use	1	Second on admission to program	Later to enter the program
B	DA	25	Need	Needs
B	DA	26	Need	Needs
B	Other	31	Seem	Seems

O PPA (Perfil Protético do Amputado) descrito por Miller,²⁹ vem de encontro com este estudo, pois quanto menor a pontuação obtida na escala, maior será a chance de protetização do paciente e melhor o seu desempenho nesta fase ou na reabilitação.

Durante a primeira aplicação da escala, observou-se que ao ler a escala - Apêndice A, o profissional apresentava dificuldades para compreensão. No entanto, ao ler as instruções - Apêndice B, as dúvidas foram solucionadas, o que indica a importância da leitura do instrumento pelo examinador, antes da aplicação do mesmo.

Na aplicação, o item "data clínica" obteve índice de "não compreendido" de 35% e, portanto, o termo fora modificado para "data da consulta médica", que foi 100% compreendido na segunda aplicação.

Foi realizada a adaptação cultural dos termos identificados no Quadro 2, no qual "curativo" foi substituído por "enfaixamento", pois é o termo utilizado para amputados; "inglês" foi modificado para "português", para adaptação da língua brasileira; a palavra "juntas" foi substituída por "articulações", por ser o termo empregado adequadamente para os profissionais da área da saúde.

Martinez & Nóbrega²⁵ enfatizam a importância do tratamento multidisciplinar do paciente amputado para uma re-incorporação social e familiar; assim, a escala LLAMS esta de acordo com este propósito, pois pode ser aplicada por qualquer profissional da área da saúde.

No LESF, o paciente é atendido de uma a duas vezes na semana, por uma equipe multiprofissional formada por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, técnicos

protéticos e profissionais da atividade física adaptada. Aplicaremos posteriormente a escala LLAMS no LESF como um instrumento para avaliar um possível prognóstico para o paciente e separá-los em grupos mais homogêneos, visando uma reabilitação mais específica, com qualidade e diminuindo as listas de espera. A escala também poderá auxiliar na caracterização dos pacientes em estudos científicos.

CONCLUSÕES

Foi realizada a tradução da versão original da LLAMS da língua inglesa para a portuguesa, com obtenção de 100% de compreensão da escala entre os profissionais da área da saúde e construiu-se uma versão adaptada culturalmente aos profissionais e pacientes da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Carvalho JA. Amputações de membros inferiores: em busca da reabilitação. 2 ed. São Paulo: Manole; 2003.
- Dillingham TR, Pezzin LE, Shore AD. Reamputation, mortality, and health care costs among persons with dysvascular lower-limb amputations. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86(3):480-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2004.06.072>
- Cumming JC, Barr S, Howe TE. Prosthetic rehabilitation for older dysvascular people following a unilateral transfemoral amputation. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD005260.
- Delisa JA, Gans BM. Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole; 2002.
- Correia TS, Tamashiro LH, Chamlian TR, Masiero D. Avaliação da qualidade de vida e independência funcional em pacientes amputados de membro inferior. Med Reab. 2006; 26 (1);7-10.

- Gallagher P, Maclachlan M. The Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales and quality of life in people with lower-limb amputation. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85(5):730-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2003.07.009>
- Miller WC, Deathe AB, Speechley M. Psychometric properties of the Activities-specific Balance Confidence Scale among individuals with a lower-limb amputation. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(5):656-61.
- Condie E, Scott H, Treweek S. Lower limb prosthetic outcome measures: a review of the literature 1995 to 2005. JPO. 2006;18 (1S):13-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00008526-200601001-00004>
- Hagberg K, Brånemark R, Gunterberg B, Rydevik B. Osseointegrated trans-femoral amputation prostheses: prospective results of general and condition-specific quality of life in 18 patients at 2-year follow-up. Prosthet Orthot Int. 2008;32(1):29-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03093640701553922>
- Hagberg K, Brånemark R, Hägg O. Questionnaire for Persons with a Transfemoral Amputation (Q-TFA): initial validity and reliability of a new outcome measure. J Rehabil Res Dev. 2004;41(5):695-706. DOI: <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2003.11.0167>
- Gallagher PM, Lachman M. Development and psychometric evaluation of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES). Rehabil Psychol. 2000;45(2):130-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0090-5550.45.2.130>
- Lerner RK, Esterhai JL Jr, Polomano RC, Cheatle MD, Heppenstall RB. Quality of life assessment of patients with posttraumatic fracture nonunion, chronic refractory osteomyelitis, and lower-extremity amputation. Clin Orthop Relat Res. 1993;(295):28-36.
- Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. J R Coll Gen Pract. 1985;35(273):185-8.
- Hagberg K, Brånemark R. Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: a survey of quality of life, prosthetic use and problems. Prosthet Orthot Int. 2001;25(3):186-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03093640108726601>
- Arwert HJ, van Doorn-Loogman MH, Koning J, Terburg M, Rol M, Roebroek ME. Residual-limb quality and functional mobility 1 year after transtibial amputation caused by vascular insufficiency. J Rehabil Res Dev.2007;44(5):717-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2006.05.0047>
- Legro MW, Reiber GD, Smith DG, del Aguila M, Larsen J, Boone D. Prosthesis evaluation questionnaire for persons with lower limb amputations: assessing prosthesis-related quality of life. Arch Phys Med Rehabil. 1998;79(8):931-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993\(98\)90090-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90090-9)
- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med Care. 1981;19(8):787-805. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>
- Shacham S. A shortened version of the Profile of Mood States. J Pers Assess. 1983;47(3):305-6. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4703_14
- Cheifetz O, Bayley M, Grad S, Lambert D, Watson C, Minor K. The Lower Limb Amputee Measurement Scale: reliability and predictive validity. Prosthet Orthot Int. 2007;31(3):300-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03093640601044311>
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993; 46 (12):1417-32. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol. 1995;24(2):61-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/03009749509099285>

22. Pohjolainen T, Alaranta H. Predictive factors of functional ability after lower-limb amputation. *Ann Chir Gynaecol.* 1991;80(1):36-9.
23. Chamlian TR, Melo ACO. Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiatr.* 2008;15(1):49-58.
24. Chamlian TR, Masiero D. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados tratados no Centro de Reabilitação "Lar Escola São Francisco". *Acta Fisiatr.* 1998;5(1):38-42.
25. Martínez I, Nóbrega M. Amputaciones de miembros inferiores: revisión del tratamiento fisiátrico. *Salus militiae.* 2004;29(1/2):35-8.
26. Piccolotto P, Carvalho AB, Chamlian TR, Masiero D. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco. *Med Reabil.* 2005, 24(3):59-62.
27. Falcão DM, Ciconelli RM, Ferraz MB. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. *J Rheumatol.* 2003;30(2):379-85.
28. Kageyama ERO, Yogi M, Sera CTN, Yogi LS, Pedrinelli A, Camargo OL. Validação da versão para a língua portuguesa do questionário de medida funcional para amputados: functional measure for amputees questionnaire. *Fisioter Pesq.* 2008;15(2):164-71.
29. Miller WC, Deathe AB, Harris J. Measurement properties of the Frenchay Activities Index among individuals with a lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2004;18(4):414-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/0269215504cr728oa>

Apêndice A

A ferramenta LLAMS	
Data da consulta médica ou data de Admissão (Circule um): _____	
Amputações: _____	
(Marque 1 ponto para cada condição de aplicação)	
Médica	Pontuação
Possui diabetes	
Dependente de diálise	
Possui Doença pulmonar obstrutiva crônica	
Histórico de acidente vascular cerebral/lesão cerebral adquirida	
Histórico de infarto do miocárdio/Insuficiência cardíaca congestiva/Angina (sob diurético ou anti-hipertensivo)	
Amputado bilateral	
Cognitiva	
Orientação em relação à pessoa, local e tempo	
Histórico impreciso ou histórico obtido de outra pessoa (contanto que não seja em idioma diferente)	
Histórico de dano cognitivo/doença psiquiátrica	
Peça ao paciente que se lembre de 4 itens (tulipa, beisebol, telefone, laranja) - pontue depois **	
Capacidade de fazer enfaixamento do coto	
O paciente não é capaz de dizer o nome dos medicamentos e a sua finalidade	
A enfermeira ou a família organizam as medicações (marque 1 ponto se estiver no hospital)	
Social	
Reside sozinho no período da alta	
Reside em asilo ou transferido do hospital ou sob tratamento em casa - circular um	
Reside em ambiente inacessível (Marque 1 ponto se houver mais de 2 lances de escada)	
Exame físico	
Neuropatia grave o suficiente para prejudicar propriocepção no joelho ou no outro pé e tornozelo	
Teste de Thomas = contratura de flexão de quadril > 15°, contratura de flexão no joelho > 15° (indicar os graus)	
Força muscular menor que 4 para abdutores, flexores, extensores de quadril, extensores ou flexores de joelho	
Coto não cicatrizado-ulceração da pele, nível 1-4 (peça ao paciente que memorize palavras) (4 palavras - pontue acima)**	
Coto edematoso ou com formato irregular	
Ulceração da pele no pé e no tornozelo	
Problema com a outra perna (dor, vascular, articulações e músculos)	
Pedir ao paciente que faça uma transferência com movimento de pivô em pé	
Atividades de vida diária	
Precisa de ajuda para vestir-se (pergunte sobre calçados)	
Precisa de ajuda/assistência para transferências (não para o banheiro)	
Precisa de ajuda/assistência no banho	
Incontinência intestinal e/ou urinária (excluir incontinência por esforço)	
OUTROS	
* Sua opinião sobre a adaptação (0 = boa, 1 = ruim)	
Não fala português (marque 1 ponto)	
O paciente não possui automotivação	
TOTAL/31	

Apêndice B

Diretrizes LLAMS

Meta da LLAMS:

- Estabelecer a quantidade de cuidado que o paciente requer.
- Auxiliar no gerenciamento da lista de espera para o Programa de Amputados.

Uso:

- Administrada duas vezes. Uma vez na Clínica de Amputados e a segunda, na admissão ao programa.
- A segunda LLAMS é preenchida somente se tiverem passado mais que duas semanas depois da primeira avaliação.
- A LLAMS da admissão ajuda a estimar o período de permanência.

Limitações: não sensível a pequenas alterações

Médica:

1. Pergunta: O paciente possui diabetes?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

2. Pergunta: O paciente é dependente de diálise?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

3. Pergunta: O paciente possui Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

4. Pergunta: O paciente possui histórico de Acidente Vascular Cerebral ou Lesão Cerebral Adquirida?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

5. Pergunta: O paciente possui histórico de Infarto do Miocárdio ou Insuficiência Cardíaca Congestiva? O paciente está sob medicação diurética ou anti-hipertensiva? Há histórico de Angina?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

6. Pergunta: O paciente possui amputação bilateral?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

Cognitiva:

7. Pergunta: O paciente está orientado quanto a pessoa (pergunte o nome completo), local (pergunte o local atual do paciente) e tempo (pergunte a data completa, dia/mês/ano)?
Marque 1 ponto se o paciente errar algum dos itens acima. O paciente pode errar sobre o dia em +/- 2, NÃO pode errar o mês ou o ano.

8. Pergunta: Pergunte ao paciente o histórico da amputação atual.
Marque 1 ponto se o paciente for impreciso e não tiver certeza do que causou a amputação e quando.
NÃO marque pontos se a dificuldade for devida apenas a idiomas diferentes.

9. Pergunta: O paciente possui um histórico de danos cognitivos ou doença psiquiátrica?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

10. Pergunta: Peça ao paciente que se lembre de 4 itens (tulipa, beisebol, telefone, laranja). O paciente é solicitado a repetir os itens agora e em 5 minutos.
Marque 1 ponto se o paciente NÃO se lembrar de TODOS os itens.

11. Pergunta: O paciente está apto a enfaixar o coto?
Marque 1 ponto em caso negativo.

12. Pergunta: Peça ao paciente que diga os nomes de seus medicamentos e suas finalidades. Marque 1 ponto se NÃO puder concluir ambas as tarefas. O paciente precisa saber de TODAS as medicações e suas finalidades para marcar O.

13. Pergunta: Pergunte ao paciente quem organiza suas medicações.
Marque 1 ponto se as medicações NÃO forem organizadas pelo paciente ou se o paciente estiver em um hospital (fora de um programa de automedicação).

Social:

14. Pergunta: O paciente vai residir sozinho quando tiver alta?
Marque 1 ponto se a resposta for sim.

15. Pergunta: O paciente reside em uma casa de repouso? O paciente foi transferido de hospital (ou seja, o paciente estava em hospital desde a amputação até ser transferido para o Programa de Amputados?). O paciente recebe ajuda de cuidados domiciliares? Circule a resposta correta no formulário.
Marque 1 ponto se a resposta for sim para algum dos itens acima.

16. Pergunta: O paciente reside em ambiente inacessível?
Marque 1 ponto se a resposta for sim ou se o paciente tiver que subir mais de dois lances de escada (para entrar em casa ou dentro do ambiente de moradia). Se o paciente residir temporariamente no mesmo nível, marque 1 ponto.

Exame físico:

17. Pergunta: Neuropatia grave o suficiente para prejudicar a propriocepção no joelho ou no outro pé e tornozelo. Procedimento: Testar a propriocepção do paciente no lado remanescente.
Marque 1 ponto se a propriocepção estiver prejudicada na primeira articulação metatarsofalangeana, tornozelo ou joelho.

18. Pergunta: Teste Thomas = contração de flexão do quadril > 15°, contração de flexão de joelho > 15° (indique os graus). Procedimento: Testar ambos os lados na posição adequada. Marque 1 ponto se a contração de flexão for maior de 15° no quadril ou joelho.

19. Pergunta: Testar força muscular dos abdutores, flexores e extensores do quadril; extensores e flexores do joelho. Marque 1 ponto se a força muscular em qualquer um desses músculos for menor que 4/5.

20. Avaliar se o coto está cicatrizado. Marque 1 ponto se houver uma ulceração de pele de nível 1-4.

21. Pergunta: Avaliar se o coto está inchado ou com má-formação (ou seja, em formato de bulbo). Marque 1 ponto se o coto estiver com edema ou má formação.

22. Pergunta: Avaliar se há ulceração de pele no pé ou calcanhar remanescente. Marque 1 ponto se houver ulceração.

23. Pergunta: Há algum problema com a outra perna?
Procedimento: Avaliar a outra perna quanto a problemas com dor, sistema vascular, articulações ou músculos. Marque 1 ponto se existir problemas.

24. Pergunta: Pedir ao paciente que faça um movimento de transferência de pivô em pé. Marque 1 ponto se o paciente NÃO for independente (ou seja, precisar de ajuda, supervisão ou for incapaz).

AVD:
25. Pergunta: O paciente precisa de ajuda para se vestir? O paciente precisa de ajuda para colocar seus próprios calçados? Marque 1 ponto se a resposta for sim a ALGUM desses itens.

26. Pergunta: O paciente precisa de ajuda ou supervisão em transferências (isto NÃO inclui transferência para o banheiro)? Marque 1 ponto se a resposta for sim.

27. Pergunta: O paciente precisa de ajuda ou supervisão no banho (incluindo transferência para o banheiro)? Marque 1 ponto se a resposta for sim.

28. Pergunta: O paciente possui incontinência intestinal e/ou urinária? A incontinência por esforço NÃO deve ser marcada com um ponto. Marque 1 ponto se a resposta for sim.

Outros:
29. Pergunta:- Qual é a opinião do avaliador sobre a adaptação a uma prótese? Marque 1 ponto caso uma má sensação (ou seja, o paciente não vai beneficiar-se com uma perna protética).

30. Pergunta: O paciente compreende português?
Raciocínio: Não compreender português limitará os ensinamentos e o treinamento do paciente. Além disso, o paciente terá dificuldade para comunicar suas necessidades. Marque 1 ponto se o paciente NÃO entender português.

31. Pergunta: O paciente parece motivado para obter uma prótese e trabalhar no programa? O paciente tem objetivos realistas? Marque 1 ponto em caso negativo.

Próximo passo:
Somar todos os pontos para determinar a pontuação. Quanto maior for a pontuação, maior será a necessidade de cuidados do paciente.