Projeto Beta

Instituto de Ortopedia e Traumatologia(IOT HCFMUSP)

Estudo prospectivo sobre
Lesões do Membro Superior em escaladores.

Sobre o Projeto:

Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência e fatores de risco para lesões no membro superior em praticantes de Escalada.

Em sua fase inicial, você é convidado para participar de duas etapas:
- Na primeira, você responderá este formulário.
- Na segunda, os escaladores que forem elegíveis serão convidados para participar de uma avaliação física presencial, na qual alguns testes serão realizados.

O estudo será desenvolvido ao longo de um ano. Durante este período, você poderá reportar qualquer problema de saúde, com direito a uma nova avaliação ortopédica, caso lhe interesse.

Após um ano, o mesmo formulário e avaliação serão aplicados para finalizar o projeto.

Pesquisador responsável
Lucas Mena
CRM - SP 227121

Qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo, Lucas Mena, no telefone: (11) 948920181 ou pelo e-mail: lucas.mena@hc.fm.usp.br

Dados pessoais:

1

Qual é o seu nome?

2

Data de nascimento

3

Com qual gênero você se identifica?

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino
- ◯ Não-binário
- ◯ Outra

4

Telefone: DD+ Número

O valor deve ser um número

5

Há quanto tempo você pratica escalada? (Anos)

O valor deve ser um número

6

Escalada é o principal esporte que você pratica?

- ◯ Sim
- ◯ Não

7

Qual esporte seria?

Dados pessoais

8

Em qual local você pratica mais frequentemente escalada Indoor?

- ◯ Fábrica
- ◯ Casa de Pedra
- ◯ 90 graus
- ◯ Republica dos Macacos
- ◯ TreeLab
- ◯ Geoboulder / Cidade Universitária
- ◯ Outra

Nós temos algumas perguntas para fazer que devem tomar cerca de 3 minutos:

9

O que você prefere?

◯ Completar formulário agora

◯ Completar durante avaliação presencial

Mais sobre você

10

Qual o seu peso? (Kg)

O valor deve ser um número

11

Qual a sua altura? (cm)

O valor deve ser um número

12

Você consome bebida alcoólica?

- ◯ Sim
- ◯ Não

13

Você é tabagista? ou vaper ....

- ◯ Sim
- ◯ Não

14

Faz uso de maconha e/ou derivados?

- ◯ Sim
- ◯ Não

15

Você tem algum tipo de plano de saúde privado?

- ◯ Sim
- ◯ Não

16

Qual o seu membro dominante?

- ◯ Direito
- ◯ Esquerdo
- ◯ ambos/ nenhum

17

Como você se enxerga em relação a escalada

- ◯ Iniciante
- ◯ Amador
- ◯ Competitivo
- ◯ Tanto faz

18

Quantas horas aproximadamente você escala por semana (média ao longo do ano)?

O valor deve ser um número

19

Quantas vezes por semana?

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5 ou +

20

Qual a porcentagem do seu tempo escalando é dedicada ao Boulder indoor?

O número deve estar entre 1 ~ 100

21

Qual é o grau de dificuldade que você escala Boulder:

Em um dia de treino convencional:

Coluna	Escala V
Iniciante	V0
	V1
	V2
Intermediári	V3
	V4
	V5
Avançado	V6
	V7
	V8
	V9
Pro	V10
	V11
	V12
	V13
	>V13

22

E qual foi o seu maior grau de dificuldade atingido?

23

Você teve algum período prolongado de ausência (por motivo de doença, trabalho, etc.) nos últimos 5 anos?

- ◯ Sim
- ◯ Não

1. Por quanto tempo?

A respeito da técnica de escalada:

25

Você tem preferência por vias que exijam movimentação estática ou dinamica?

Sendo:
0 - total preferência pela movimentação estática,
10 - total preferência pela movimentação dinâmica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estática Dinâmica

26

Você tem preferência por algum tipo de angulação?

Sendo:
0 - total preferência por vias com negativos
10 - total preferência por vias positivas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Negativa Positiva

27

Você pratica algum tipo desses treinos?

	Sim	Não
Paredes de treinamento interativas padronizadas(Moon Boards /Kilter/ etc)	◯	◯
Board Campus	◯	◯
Fingerboard	◯	◯
Algum outro tipo de treino especifico?	◯	◯

28

Você de forma proposital divide treinos com objetivos diferente?
- Melhoria da técnica
- Resistência
- Resolução de novas vias

◯ Sim

◯ Não

Mentimos, nós temos algumas perguntas para fazer que devem tomar cerca de mais 3 minutos:

29

O que você prefere?

◯ Completar formulário agora

◯ Completar durante avaliação presencial

Histórico de Lesões:

30

Você já teve alguma lesão praticando escalada?

- ◯ Sim
- ◯ Não

31

Esta lesão foi decorrente de algum trauma (queda, contusão, colisão, entorse, luxação) ?

- ◯ Sim
- ◯ Não

32

Onde você já teve alguma lesão?

- [ ] Coluna
- [ ] Ombro
- [ ] Cotovelo
- [ ] Mão
- [ ] Quadril
- [ ] Joelho
- [ ] Pé / Tornozelo

33

Qual foi a sua lesão?

34

Por quanto tempo você ficou afastado da escalada?

35

Você já foi submetido à alguma cirurgia ortopédica em razão da escalada?

- ◯ Sim
- ◯ Não

36

Você sente dor atualmente em alguma dessas regiões?

- ☐ Coluna
- ☐ Ombro
- ☐ Cotovelo
- ☐ Mão
- ☐ Quadril
- ☐ Joelho
- ☐ Pé/tornozelo

37

Neste momento, você apresenta alguma limitação ou dificuldade para praticar escalada?

- ◯ Escalo sem nenhuma dor
- ◯ Escalo com alguma dor
- ◯ Não consigo escalar por dor

38

Você tem atualmente alguma lesão diagnosticada em tratamento? Caso sim, qual?

Este conteúdo não é criado nem endossado pela Microsoft. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário.

Microsoft Forms