

Nome completo do(a) participante:
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Local de realização:
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXX

Data de realização:
99/99/9999

ESTAÇÃO
5

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO



Preencha os campos completamente e com nitidez, utilizando caneta esferográfica de tinta preta.



ITENS DE DESEMPENHO AVALIADOS		DESEMPENHO OBSERVADO		
CONDUTAS (continuação)		INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
11. Prescreve terapêutica para dor crônica: (1) ginástica laboral; (2) interrupções sistemáticas na atividade de trabalho; (3) anti-inflamatórios não esteroides. (associados ou não a antidepressivos tricíclicos / alifáticos e a fenotiazínicos) ou miorelaxantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Inadequado: se prescrever 0 ou 1 item; • Parcialmente adequado: se prescrever 2 itens; • Adequado: se prescrever os 3 itens. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Verbaliza a terapêutica para transtorno de ansiedade generalizada: (1) tratamento medicamentoso: ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram) OU IRSN (venlafaxina, desvenlafaxina ou duloxetina). psicoterapia cognitivo-comportamental OU intervenções psicossociais em atenção primária à saúde (atuação de NASF ou se indicado na resposta, isoladamente ou em associação, profissional/professor de educação física; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional] e/ou CAPS ou se indicado isoladamente psicologia ou atenção psicossocial], terapia comunitária, grupos de autocuidado, terapias complementares).	<ul style="list-style-type: none"> • Inadequado: se não verbalizar tratamento; • Parcialmente adequado: se verbalizar somente um dos dois tratamentos; • Adequado: se verbalizar tratamento medicamentoso e psicoterápico/psicossocial. 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Orienta a paciente a praticar exercício físico regular após controle da dor.		<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO GLOBAL

Desempenho do(a) participante nesta estação; assinale um dos itens a seguir.

← **INADEQUADO**
 ← **MINIMAMENTE ADEQUADO**
 ← **ADEQUADO**

assinatura do(a) examinador(a)

PARA USO EXCLUSIVO DO(A) AUDITOR(A) DO MÓDULO

O campo abaixo somente será utilizado se um ou mais itens forem marcados erroneamente pelo(a) médico(a) examinador(a).

	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

assinatura do(a) examinador(a)

assinatura do(a) auditor(a) do módulo

