

# Avaliação Fisioterapêutica Musculoesquelética



FISIOTERAPIA HOSPITALAR  
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

## Plano de tratamento

☐ Conservador \_\_\_\_\_ ☐ Pré-operatório \_\_\_\_\_ ☐ Pós-operatório \_\_\_\_\_

**História Funcional:** \_\_\_\_\_

## Exame Físico Geral

Dor: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Edema: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Cianose: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Deformidade: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Aparelho ortopédico: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Alteração temperatura: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Alteração sensibilidade: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Ausulta pulmonar: \_\_\_\_\_

## Avaliação Muscular e Articular

Contratura / espasmo muscular: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Hipotrofia: Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

ADM: ☐ preservada no segmento tratado

☐ preservada nos demais segmentos

☐ alterada (por procedimento cirúrgico)

☐ alterada (pela patologia de base)

Alteração ADM ativa? Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

passiva? Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Força muscular:

☐ preservada no segmento tratado

☐ preservada nos demais segmentos

☐ alterada (por procedimento cirúrgico)

☐ alterada (pela patologia de base)

☐ sem condições de testes

Músculo testado/grau: \_\_\_\_\_

## Funcionalidade

Restrições para: ☐ saída do leito \_\_\_\_\_ ☐ ADM \_\_\_\_\_ ☐ não se aplica

Marcha: ☐ sem apoio ☐ apoio parcial ☐ apoio total ☐ utiliza dispositivo auxiliar ☐ não se aplica

Necessita de auxílio em: ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação ☐ não se aplica

Independência em: ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação ☐ não se aplica

## Observações

## Objetivos de Tratamento

- ☐ Dor e edema
- ☐ ADM
- ☐ \_\_\_\_\_ Força e resistência muscular
- ☐ Marcha
- ☐ Funcionalidade
- ☐ Função respiratória

## Condutas

Fisioterapeuta Avaliador: \_\_\_\_\_