

Avaliação Fisioterapêutica Neurológica



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: ____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Plano de tratamento

☐ Clínico _____ ☐ Pré-operatório _____ ☐ Pós-operatório _____

Diagnóstico Topográfico

☐ Hemiparesia _____ ☐ Paraparesia _____ ☐ Quadriparesia _____ ☐ Outras _____
☐ Hemiplegia _____ ☐ Paraplegia _____ ☐ Quadriplegia _____

História Funcional: _____

Estado Cognitivo

☐ Alerta ☐ Diminuição da percepção aos estímulos
☐ Lúcido orientado ☐ Desorientado
☐ Confuso ☐ Demência senil

Potencial de Melhora Funcional: ☐ S ☐ N

Escala de graduação da espasticidade

0 - Sem ressaltos **1** - Simples ressaltos **2** - Parada que cede logo **3** - Parada difícil de vencer **4** - Parada invencível
NA - Não se aplica

Grupos Musculares Testados

Data:					
Peitoral					
Fl. de cotovelo					
Pronadores					
Fl. de punho					
Fl. de dedos					
*Ext. de joelho					
Plantiflexores					

*testado em velocidade média

Padrões Funcionais

1 - Dependente 2 - Com auxílio 3 - Independente

Data:				
DD - DL (P/D)				
DD - DL (P/E)				
DL - sentado				
sentado - DL				
sentado				
sentado - transf. p/D				
sentado - transf. p/E				
sentado - ortostase				
ortostase				

Distúrbios neurológicos associados

☐ Disartria
☐ Incapacidade de proteção VA
☐ Afasia expressão
☐ Afasia compreensão
☐ Sem alterações

Data:		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		_/_/		
FIM	trocas de decúbito											
	transferência do leito p/ cadeira											
	ao banheiro											
	deambulação											
	escadas											
	total											
	legenda	Com ajuda 1 - Ajuda total 2 - Ajuda máxima 3 - Ajuda moderada				4 - Ajuda mínima 5 - Supervisão				Sem ajuda 6 - Independência modificada 7 - Independência completa		
Teste de Força Muscular	Grupo Muscular	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
Fisioterapeuta:		_____		_____		_____		_____		_____		

Sinais de Instabilidade do Ombro: ☐ Sim ☐ Não

Objetivos:

- ☐ Manutenção das funções segmentares
- ☐ Melhora de funções de atividade
- ☐ Cuidados com o ombro
- ☐ Outros: _____

Data de alta hospitalar: _/_/

Observação: _____

Condutas:

Fisioterapeuta Avaliador: