

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
☐ Cooperativo ☐ Não cooperativo

Distúrbios neurológicos associados

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

Potencial de Melhora Funcional:

S

N

(Em caso de resposta positiva, prosseguir com a avaliação funcional)

Escala de graduação da espasticidade

0 - Sem ressalto **1** - Simples ressalto **2** - Parada que cede logo **3** - Parada difícil de vencer **4** - Parada invencível

NA - Não se aplica

(Testar em velocidade lenta ou rápida)

Grupos Musculares Testados

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 NA - Não se aplica

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

Escala de Rankin Modificada

0 - Assintomático

1 - Sintomas sem incapacidade. Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.

2 - Incapacidade leve. Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.

3 - Incapacidade moderada. Requer alguma ajuda para suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.

4 - Incapacidade moderada a grave. Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.

5 - Incapacidade grave. Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.

6 - Óbito

Índice de Barthel

Alimentação	10 – 5 – 0
Mover-se da cadeira de rodas p/cama (sentar-se) *	15 – 10 – 5 – 0
Toalete Pessoal	5 – 0
Locomoção até WC	10 – 5 – 0
Banhar-se	5 – 0
Locomoção em superfície nivelada	15 – 10 – 5 – 0
Propulsão em cadeira de rodas	5 – 0
Escadas	10 – 5 – 0
Vestir-se	10 – 5 – 0
Escore	

Força Muscular:

☐

Preservada

☐

Alterada, grupo muscular: _____

☐

Sem condições de teste

Sinais de Instabilidade do Ombro:

☐

Sim

☐

Não

Objetivos:

☐

Manutenção das funções segmentares

☐

Melhora de funções de atividade

☐

Cuidados com o ombro

☐

Outros: _____

Condutas:

Data de alta hospitalar: ____/____/____

Observação: _____

Fisioterapeuta Avaliador: