

# 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

## 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

**Prognóstico de Melhora Funcional:**

☐

Bom

☐

Reservado

(Em caso de prognóstico reservado, prosseguir com a avaliação a partir de Sinais de Instabilidade do Ombro)

## 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	

## Força Muscular:

- ☐ Preservada  
☐ Alterada, grupo muscular: \_\_\_\_\_  
☐ Sem condições de teste

## Índice de Barthel

Alimentação	10 – 5 – 0
Mover-se da cadeira de rodas p/cama (sentar-se) *	15 – 10 – 5 – 0
Toailete 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	

**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: