

Avaliação Fisioterapêutica Clínica da Dor



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: ____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Plano de tratamento

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

Medicação específica: _____

Tempo de sintomatologia: _____

☐ analgésico, qual: _____

☐ anti-depressivo ☐ anti-inflamatório

☐ relaxante muscular ☐ não utiliza

Recidiva: ☐ não ☐ sim

Existência de fatores somáticos e/ou potencializadores da dor:

☐ não ☐ sim

Visão do fisioterapeuta	Fatores	Visão do paciente
	fatores psíquicos	
	atividade laboral	
	alterações climáticas	
	atividades domésticas	
	atividades de vida diária em geral	
	postural / mobiliário	
	atividade física	
	patologia primária	
	outro. Qual?	

Dor à palpação de pontos-gatilho

Algometria	D	Pontos com Hipersensibilidade	E	Algometria
		cervical (subocipitais, escalenos, esternocleidomastóideo)		
		dorsal (rombóides, infra-espinhoso, redondos)		
		trapézio superior		
		peitoral maior		
		tuberosidade maior do úmero, sulco bicipital		
		epicôndilo medial		
		epicôndilo lateral		
		lombar		
		glúteos, piriforme		
		loja posterior da coxa (semitendinoso, semimembranoso)		
		loja lateral da coxa (tensor da fáscia lata)		
		loja medial da coxa (adutores)		
		gastrocnêmios		
		outros		

Existência de limitação funcional: _____

☐ de origem medicamentosa

☐ abstinência

☐ lesão musculoesquelética

☐ em função da dor

☐ não apresenta limitação funcional

Existência de dor em atividades funcionais:

	não	sim		não	sim
vestir-se			subir escadas		
higiene pessoal			carregar peso		
sentar-se			alimentar-se		
trocar de decúbito			dirigir		
deambular			outras		

Amplitudes de movimento: ☐ preservadas ☐ déficits, quais: _____
Força muscular: ☐ preservadas ☐ déficits, quais: _____
Escala Análogo Visual da Dor: valor atribuído: _____

Unidade de Transtornos do Humor e Unidade de Dependentes Químicos

Psiquiatra responsável: _____

Paciente encaminhado do Hospital Mãe de Deus: ☐ sim ☐ não

História da doença atual: _____

Dependência química: ☐ tabagismo ☐ álcool ☐ medicamentos ☐ outras drogas ☐ não

Tempo de dependência: _____

Tratamento anterior para dependência química: ☐ sim ☐ não

Déficits de equilíbrio decorrente da dependência química: ☐ não ☐ sim, quais: _____

Déficits de coordenação motora decorrente da dependência química: ☐ não ☐ sim

☐ MsSs ☐ MsIs, quais: _____

Condutas fisioterapêuticas: _____

Fisioterapeuta Avaliador:

Reavaliação Fisioterapêutica Clínica da Dor

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

Valor atribuído para Escala Análogo Visual da Dor: _____

À palpação dos pontos-gatilho realizada na avaliação inicial:

Dor em repouso: ☐ não ☐ sim, quais: _____ local: _____

Dor em atividades funcionais: ☐ não ☐ sim, quais: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

Valor atribuído para Escala Análogo Visual da Dor: _____

À palpação dos pontos-gatilho realizada na avaliação inicial:

Dor em repouso: ☐ não ☐ sim, quais: _____ local: _____

Dor em atividades funcionais: ☐ não ☐ sim, quais: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

Valor atribuído para Escala Análogo Visual da Dor: _____

À palpação dos pontos-gatilho realizada na avaliação inicial:

Dor em repouso: ☐ não ☐ sim, quais: _____ local: _____

Dor em atividades funcionais: ☐ não ☐ sim, quais: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

Valor atribuído para Escala Análogo Visual da Dor: _____

À palpação dos pontos-gatilho realizada na avaliação inicial:

Dor em repouso: ☐ não ☐ sim, quais: _____ local: _____

Dor em atividades funcionais: ☐ não ☐ sim, quais: _____