

Avaliação Fisioterapêutica Músculo-esquelética



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)

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 _____ ☐ NA

Marcha: ☐ sem apoio ☐ apoio parcial ☐ apoio total ☐ utiliza dispositivo auxiliar ☐ NA

Necessita de auxílio em: ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação ☐ NA

Independência em: ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação ☐ NA

Observações

Objetivos de Tratamento

☐ Dor e edema

☐ ADM

☐ _____ Força e resistência muscular

☐ Marcha

☐ Funcionalidade

☐ Função respiratória

Condutas

Fisioterapeuta Avaliador: