

Teste de caminhada de 6 minutos



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Pré-teste

Pós-teste

Pós (5min)

FC (bpm)	_____	_____	_____
PA (mmHg)	_____	_____	_____
FR (rpm)	_____	_____	_____
SpO₂(rpm)	_____	_____	_____
Dispneia (Borg)	_____	_____	_____
Fadiga (Borg)	_____	_____	_____

Distância percorrida _____

Tempo de caminhada _____

Tempo de interrupção _____

Tempo de recuperação _____

Conclusão: _____

OBS: _____

Fisioterapeuta Assistente: