

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: _____

Funcionalidade

Restrições para: ☐ saída do leito _____

Marcha: ☐ sem apoio ☐ apoio parcial

☐ apoio total

☐ utiliza dispositivo auxiliar

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: _____

Reavaliações Fisioterapêuticas

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

ADM: ☐ Passivo _____

☐ Ativo _____

☐ Rigidez

Força Muscular: ☐ grau 0 ☐ grau 1 ☐ grau 2 ☐ grau 3 ☐ grau 4 ☐ grau 5 Grupo: _____

Marcha: ☐ independente ☐ com dispositivo auxiliar ☐ sem apoio ☐ apoio parcial ☐ apoio total

Funcionalidade: Com auxílio ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Independente ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Ausculata Pulmonar: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

ADM: ☐ Passivo _____

☐ Ativo _____

☐ Rigidez

Força Muscular: ☐ grau 0 ☐ grau 1 ☐ grau 2 ☐ grau 3 ☐ grau 4 ☐ grau 5 Grupo: _____

Marcha: ☐ independente ☐ com dispositivo auxiliar ☐ sem apoio ☐ apoio parcial ☐ apoio total

Funcionalidade: Com auxílio ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Independente ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Ausculata Pulmonar: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

ADM: ☐ Passivo _____

☐ Ativo _____

☐ Rigidez

Força Muscular: ☐ grau 0 ☐ grau 1 ☐ grau 2 ☐ grau 3 ☐ grau 4 ☐ grau 5 Grupo: _____

Marcha: ☐ independente ☐ com dispositivo auxiliar ☐ sem apoio ☐ apoio parcial ☐ apoio total

Funcionalidade: Com auxílio ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Independente ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Ausculata Pulmonar: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

ADM: ☐ Passivo _____

☐ Ativo _____

☐ Rigidez

Força Muscular: ☐ grau 0 ☐ grau 1 ☐ grau 2 ☐ grau 3 ☐ grau 4 ☐ grau 5 Grupo: _____

Marcha: ☐ independente ☐ com dispositivo auxiliar ☐ sem apoio ☐ apoio parcial ☐ apoio total

Funcionalidade: Com auxílio ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Independente ☐ troca de decúbito ☐ sentar ☐ deambulação

Ausculata Pulmonar: _____

Data de alta hospitalar: ____/____/____ Observação: _____

