

Avaliação Fisioterapêutica Clínica da Dor



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: ____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Medicação específica:

Tempo de sintomatologia: _____

☐ analgésico, qual: _____

☐ anti-depressivo

☐ anti-inflamatório

☐ relaxante muscular

☐ não utiliza

Recidiva: ☐ não ☐ sim

**Escala visual
analgógica:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NULA		MÍNIMA		MODERADA				INTENSA		

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

D	Pontos com Hipersensibilidade	E
	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 (semimembranoso, semitendinoso)	
	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: _____

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: ☐ não ☐ sim, quais: _____ local: _____

Dor em atividades funcionais: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

Valor atribuído para Escala Análogo Visual da Dor: _____

À palpação dos pontos-gatilho realizada na avaliação inicial:

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

Dor em atividades funcionais: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

Valor atribuído para Escala Análogo Visual da Dor: _____

À palpação dos pontos-gatilho realizada na avaliação inicial:

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

Dor em atividades funcionais: _____

Data: ____/____/____ Fisioterapeuta: _____

Valor atribuído para Escala Análogo Visual da Dor: _____

À palpação dos pontos-gatilho realizada na avaliação inicial:

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

Dor em atividades funcionais: _____