

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: