

Avaliação Fisioterapêutica Neurológica



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: ____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Plano de tratamento

☐ Clínico _____ ☐ Pré-operatório _____ ☐ Pós-operatório _____

Diagnóstico Topográfico

☐ Hemiparesia _____ ☐ Paraparesia _____ ☐ Quadriparesia _____ ☐ Outras _____
☐ Hemiplegia _____ ☐ Paraplegia _____ ☐ Quadriplegia _____

História Funcional: _____

Estado Cognitivo

☐ Alerta ☐ Diminuição da percepção aos estímulos
☐ Lúcido orientado ☐ Desorientado
☐ Confuso ☐ Demência senil
☐ Cooperativo ☐ Não cooperativo

Distúrbios neurológicos associados

☐ Disartria
☐ Incapacidade de proteção VA
☐ Afasia expressão
☐ Afasia compreensão
☐ Sem alterações

Escala de Rankin Modificada

0 - Assintomático

1 - Sintomas sem incapacidade. Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.

2 - Incapacidade leve. Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.

3 - Incapacidade moderada. Requer alguma ajuda para suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.

4 - Incapacidade moderada a grave. Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.

5 - Incapacidade grave. Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.

6 - Óbito

Prognóstico de Melhora Funcional:

☐

Bom

☐

Reservado

(Em caso de prognóstico reservado, prosseguir com a avaliação a partir de Sinais de Instabilidade do Ombro)

Escala de graduação da espasticidade

- 0** - Sem ressalto
1 - Simples ressalto
2 - Parada que cede logo
3 - Parada difícil de vencer
4 - Parada invencível
NA - Não se aplica
(Testar em velocidade lenta ou rápida)

Grupos Musculares Testados	
Peitoral	
Fl. de cotovelo	
Pronadores	
Fl. de punho	
Fl. de dedos	
*Ext. de joelho	
Plantiflexores	

*testado em velocidade média

Padrões Funcionais

- 1** - Dependente **2** - Com auxílio
3 - Independente **NA** - Não se aplica

DD - DL (P/D)	
DD - DL (P/E)	
DL - sentado	
sentado - DL	
sentado	
sentado - transf. p/D	
sentado - transf. p/E	
sentado - ortostase	
ortostase	

Força Muscular:

- ☐ Preservada
☐ Alterada, grupo muscular: _____
☐ Sem condições de teste

Índice de Barthel

Alimentação	10 – 5 – 0
Mover-se da cadeira de rodas p/cama (sentar-se) *	15 – 10 – 5 – 0
Toalete Pessoal	5 – 0
Locomoção até WC	10 – 5 – 0
Banhar-se	5 – 0
Locomoção em superfície nivelada	15 – 10 – 5 – 0
Propulsão em cadeira de rodas	5 – 0
Escadas	10 – 5 – 0
Vestir-se	10 – 5 – 0
Escore	

Sinais de Instabilidade do Ombro: ☐ Sim ☐ Não

Objetivos:

- ☐ Manutenção das funções segmentares
☐ Melhora de funções de atividade
☐ Cuidados com o ombro
☐ Outros: _____

Condutas:

Data de alta hospitalar: ____/____/____

Observação: _____

Fisioterapeuta Avaliador: