

LOGOMARCA DA  
EMPRESA OU DO  
PROFISSIONAL



**FICHA DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA**  
(Prontuário de Acordo com a RESOLUÇÃO COFFITO N.º 414/12)

**DATA DA AVALIAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1.0 IDENTIFICAÇÃO:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Endereço Residencial:** \_\_\_\_\_

**Endereço Comercial:** \_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Clínico:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Fisioterapêutico:** \_\_\_\_\_

**2.0 AVALIAÇÃO:**

**2.1 História Clínica:** \_\_\_\_\_

**2.2 Queixa Principal do Paciente:** \_\_\_\_\_

**2.3 Hábitos de Vida:** \_\_\_\_\_

**2.4 HMA:** \_\_\_\_\_

**2.5 HMP:** \_\_\_\_\_

**2.6 Antecedentes Pessoais:** \_\_\_\_\_

**2.7 Antecedentes Familiares:** \_\_\_\_\_

**2.8 Tratamentos Realizados:** \_\_\_\_\_

**3.0 EXAME CLÍNICO/FÍSICO:**

**3.1 APRESENTAÇÃO DO PACIENTE:**

( ) Deambulando ( ) Internado  
( ) Deambulando com apoio/auxílio ( ) Orientado  
( ) Cadeira de rodas

**3.2 EXAMES COMPLEMENTARES:**

( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**Fisioterapeuta:** \_\_\_\_\_  
**CREFITO-8 n.º**  
**Carimbo**

LOGOMARCA DA  
EMPRESA OU DO  
PROFISSIONAL



**CREFITO-8**

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA**  
(Prontuário de Acordo com a RESOLUÇÃO COFFITO N.º 414/12)

**3.3 USA MEDICAMENTOS:**

( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**3.4 REALIZOU CIRURGIA:**

( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**3.5 INSPEÇÃO/PALPAÇÃO:**

( ) Normal ( ) Edema ( ) Cicatrização incompleta ( ) Eritemas ( ) Outros

**3.6 SEMIOLOGIA:**

---

---

---

---

**3.7 TESTES ESPECIFICOS:**

---

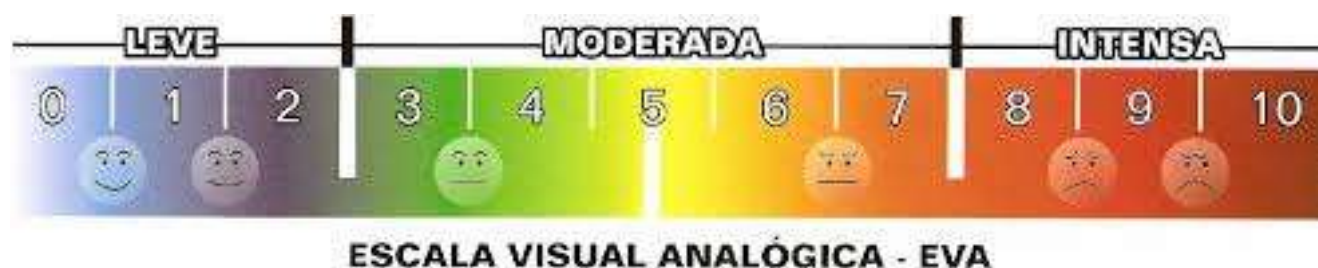
---

---

---

**3.8 AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DOR:**

Escala Visual Analógica (EVA)



Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_  
CREFITO-8 n.º \_\_\_\_\_  
Carimbo

LOGOMARCA DA  
EMPRESA OU DO  
PROFISSIONAL



**FICHA DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA**  
(Prontuário de Acordo com a RESOLUÇÃO COFFITO N.º 414/12)

**4.0 PLANO TERAPÊUTICO**

**4.1 OBJETIVOS DE TRATAMENTO**

---

---

---

**4.2 RECURSOS TERAPÊUTICOS**

---

---

---

---

---

**4.3 PLANO DE TRATAMENTO**

---

---

---

---

---

---

---

**4.4 EVOLUÇÃO (descrever na evolução estado de saúde do paciente, conduta aplicada, resultados obtidos e eventuais intercorrências)**

\_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_

**Fisioterapeuta:** \_\_\_\_\_  
**CREFITO-8 n.º**  
**Carimbo**