

	LAUDO DOMICILIAR DA FISIOTERAPIA REAVALIAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO			
NOME DO PACIENTE:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:			
DATA DA AVALIAÇÃO:			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:			
QUADRO ATUAL:			
EXAME FÍSICO			
SINAIS VITAIS			
PA:		FC:	FR:
Sat O2:		EDEMAS:	ÚLCERAS:
AVALIAÇÃO			
NEUROLÓGICA	MOTORA:		RESPIRATÓRIA
	QUADRO MOTOR:		RESPIRANDO EM:
	FORÇA MUSCULAR: MMII		AMPLITUDE RESPIRATÓRIA:
	MMS		
	CONTROLE DO TRONCO:		
	TRANSFERÊNCIAS POSTURAIS:		
	LOCOMOÇÃO:		TOSSE:
CONDUTA:			
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS:			
PLANO TERPÊUTICO:			
PREVISÃO DE ALTA:			
OBSERVAÇÕES/OCORRÊNCIAS:			
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL (NOME E CREFITO):			