

	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
<div><input checked="" type="radio"/> N/A</div> <div><input type="radio"/> Consciente</div> <div><input type="radio"/> Comatosa</div> <div><input type="radio"/> Orientado</div> <div><input type="radio"/> Desorientado</div> <div><input type="radio"/> Agitado</div> <div><input type="radio"/> Sonolento</div>	QUADRO MOTOR: <div><div><input checked="" type="radio"/> N/A</div><div><input type="radio"/> Hemiplegia</div><div><input type="radio"/> Hemiparesia</div><div><input type="radio"/> Paraparetico</div><div><input type="radio"/> Sem Déficit</div><div><input type="radio"/> Outros</div><div>Outros <input type="text" value="Descreva"/></div></div>		RESPIRANDO EM:
	FORÇA MUSCULAR: MMII <div></div> MMS <div></div>		AMPLITUDE RESPIRATÓRIA:
	CONTROLE DO TRONCO: <div></div>		
	TRANSFERÊNCIAS POSTURAIS: <div></div>		
	LOCOMOÇÃO: <div></div>		TOSSE:
CONDUTA:			
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS:			
PLANO TERPÊUTICO:			
PREVISÃO DE ALTA:			
OBSERVAÇÕES/OCORRÊNCIAS:			
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL (NOME E CREDITO):			