FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DETALHADA

Dados do paciente:

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Histórico: Queixa principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

História pregressa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

História atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

História de lesões prévias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

História cirúrgica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exame físico:

1. Avaliação da postura:
   * Observações gerais: ( ) Normal ( ) Alterada ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Alinhamento da cabeça: ( ) Normal ( ) Anteriorizada ( ) Inclinada para um lado ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Alinhamento dos ombros: ( ) Normal ( ) Elevados ( ) Rotação interna ( ) Rotação externa ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Alinhamento da coluna vertebral: ( ) Normal ( ) Hiperlordose ( ) Hipercifose ( ) Escoliose ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Alinhamento da pelve: ( ) Normal ( ) Inclinação anterior ( ) Inclinação posterior ( ) Inclinação lateral ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Alinhamento dos membros superiores e inferiores: ( ) Normal ( ) Desvio ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Avaliação da amplitude de movimento (AM):
   * Cervical: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Ombro: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Cotovelo: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Punho e mão: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Coluna vertebral: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Quadril: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Joelho: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Tornozelo e pé: ( ) Normal ( ) Restrita ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Avaliação da força muscular:
   * Músculos cervicais: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Músculos do ombro: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Músculos do cotovelo: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Músculos do punho e mão: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Músculos da coluna vertebral: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Músculos do quadril: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Músculos do joelho: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Músculos do tornozelo e pé: ( ) Normal ( ) Fraca ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Avaliação da sensibilidade:
   * Sensibilidade tátil: ( ) Normal ( ) Alterada ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Sensibilidade térmica: ( ) Normal ( ) Alterada ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Sensibilidade dolorosa: ( ) Normal ( ) Alterada ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Avaliação do equilíbrio e marcha:
   * Equilíbrio estático: ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Equilíbrio dinâmico: ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Marcha: ( ) Normal ( ) Alterada ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Avaliação das atividades de vida diária (AVDs):
   * Higiene pessoal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Assistência parcial ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Vestir-se: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Assistência parcial ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Alimentação: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Assistência parcial ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Locomoção: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Assistência parcial ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Outras atividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBJETIVOS

CONDUTAS

Observações e considerações finais:

Assinatura do fisioterapeuta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este formulário destina-se a avaliar o paciente do ponto de vista fisioterapêutico e fornecer informações relevantes para o tratamento. Todas as informações fornecidas são confidenciais e destinadas exclusivamente ao uso clínico.