

AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

1. DADOS DO AVALIADO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____

2. DADOS DO AVALIADOR

Nome: _____ CREFITO: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

É seu paciente habitual? _____ Há quanto tempo? _____

3. QUEIXA PRINCIPAL

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

5. DIAGNÓSTICO CINESIOLÓGICO FUNCIONAL

6. ANAMNESE (pré, Peri e pós-natal)

7. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO MOTOR

Controle cervical e de tronco: _____

Rolar: _____

Engatinhar: _____

Deambular: _____

8. ROTINA DIÁRIA/AVD

9. EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação/Trofismo Muscular:

Desenvolvimento neuro-psico-motor (DNPM) preencher com:

P-presente

A-ausente

N-normal

AN – anormal e comentar se for o caso

Atitude:

Assimétrica_____

Simétrica_____

Deitada Espontânea_____

Ativa Espontânea_____

Equilíbrio Estático:

Sustento da cabeça:_____

Sentada sem apoio:_____

com apoio:_____

Posição ortostática sem apoio:_____ com apoio:_____

Posição militar –olhos abertos:_____ olhos fechados:_____

Em um pé só – olhos abertos:_____ olhos fechados:_____

Equilíbrio Dinâmico:

Engatinhar:_____

Marcha voluntária:_____

Saltar com os dois pés juntos:_____

Correr desviando obstáculos:_____

Motricidade:

Alcance de objetos:_____ Preensão de objetos:_____

Uso bi-manual:_____ Negligência de membros:_____

Alimenta-se:_____ Higieniza-se:_____

Veste-se:_____

Força muscular (oposição)

MMSS_____ MMII_____

Coordenação motora:

Prova mão – objeto_____ Prova mão – lenço no rosto_____

Dedo – lóbulo na orelha_____ Dedo – nariz_____

Calcanhar – objeto_____Hálux – objeto_____

Coordenação Dinâmica:

No engatinhar_____ Na marcha_____

Preensão voluntária:

Palmar_____ Pinça_____

Coordenação Tronco – membros

Sentado_____ Deitado_____

Tônus Muscular (descrever):

Movimentação:

Mov. Passiva_____ Automática:Respiração_____

Deglutição_____ Mastigação_____

Controle esfinteriano_____ Mov. Involuntária Espontânea_____

Mov. Involuntária Reflexa_____ Atividades Reflexas Primitivas_____

Sensibilidade (geral superficial):

Tátil_____ Térmica_____ Dolorosa_____

Esterognosia_____

10. QUADRO COGNITIVO E LINGUAGEM

11. SISTEMA RESPIRATÓRIO

12. PARECER FISIOTERÁPICO

Local e data:_____,____de_____de_____

Assinatura e carimbo