



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS MINISTRO REIS VELOSO  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



AVALIAÇÃO EM MASTOLOGIA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_  
Escolaridade: ( ) Nenhuma ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) Superior ( ) Pós Obs: ( ) Completo ( ) Incompleto  
Cor/Raça: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela  
Peso: \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_

ANAMNESE:

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  
H.D.A.: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Antecedentes ginecológicos: \_\_\_\_\_

Idade da menarca: \_\_\_\_\_ Gesta: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ PV: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_

Histórico das afecções: \_\_\_\_\_

Amamentação: ( ) Sim ( ) Não Quanto tempo? \_\_\_\_\_ Idade que teve o 1º filho: \_\_\_\_ anos

Início do climatério: \_\_\_\_\_ anos Menopausa: \_\_\_\_\_ anos Artificial ( ) Fisiológica ( )

Sinais e sintomas percebido: \_\_\_\_\_

Uso de TRH? ( ) Sim ( ) Não Hábitos de vida: Atividade física ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Fumante: ( ) Sim ( ) Não Qtde/dia \_\_\_\_\_ Álcool: ( ) Sim ( ) Não Frequência \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Patologia: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia: \_\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico Cirurgião: \_\_\_\_\_

Hospital/Clínica onde realizou a cirurgia: \_\_\_\_\_

Linfadenectomia: Sim ( ) Não ( ) Quantidade? \_\_\_\_\_

Radioterapia: Sim ( ) Não ( ) Quantas sessões? \_\_\_\_\_

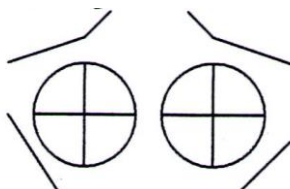
Quimioterapia: Sim ( ) Não ( ) Quantas sessões? \_\_\_\_\_

Hormonioterapia: Sim ( ) Não ( ) Quanto tempo? \_\_\_\_\_ Continua? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO:

Avaliação do tronco superior:

- = Nódulo
- D = Dor
- Ad = Aderência
- Ds = Deiscência



- A = Anestesia
- H+ = Hiperestesia
- H- = Hipoestesia

Padrão respiratório: ( ) Apical ( ) Abdominal ( ) Misto \_\_\_\_\_

Cicatriz: \_\_\_\_\_

Movimentos de ADM livres: \_\_\_\_\_

Complicações: \_\_\_\_\_

Nervo Intercostobraquial:

\*DIR - Região interna do braço ( ) normal ( ) parestesia ( ) hiperestesia ( ) anestesia ( ) dor \_\_\_\_\_

Oco axilar ( ) normal ( ) parestesia ( ) hiperestesia ( ) anestesia ( ) dor \_\_\_\_\_

Região lateral do tórax ( ) normal ( ) parestesia ( ) hiperestesia ( ) anestesia ( ) dor \_\_\_\_\_

\*ESQ - Região interna do braço ( ) normal ( ) parestesia ( ) hiperestesia ( ) anestesia ( ) dor \_\_\_\_\_

Oco axilar ( ) normal ( ) parestesia ( ) hiperestesia ( ) anestesia ( ) dor \_\_\_\_\_

Região lateral do tórax ( ) normal ( ) parestesia ( ) hiperestesia ( ) anestesia ( ) dor \_\_\_\_\_

Sintomas subjetivos de edema: Grau (1) leve (2) moderado (3) intenso

Sensação de peso no braço ( ) DIR ( ) ESQ ( ) Não ( ) Sim Grau \_\_\_\_\_

Dificuldade movimentos da mão ( ) DIR ( ) ESQ ( ) Não ( ) Sim Grau \_\_\_\_\_

Sensação de braço inchado ( ) DIR ( ) ESQ ( ) Não ( ) Sim Grau \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

GONIOMETRIA:

#### Avaliação inicial

| MOVIMENTOS      | DATA: |     | DATA: |     | DATA: |     | DATA: |     |
|-----------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
|                 | MSE   | MSD | MSE   | MSD | MSE   | MSD | MSE   | MSD |
| Flexão          |       |     |       |     |       |     |       |     |
| Abdução         |       |     |       |     |       |     |       |     |
| Rotação externa |       |     |       |     |       |     |       |     |

PERIMETRIA:

|          |     |     |
|----------|-----|-----|
| Afetado: | ( ) | ( ) |
|          | MSE | MSD |
| ↑ +21    | — — | — — |
| +14      | — — | — — |
| +7       | — — | — — |
| IAC 0    | — — | — — |
| -7       | — — | — — |
| -14      | — — | — — |
| ↓ -21    | — — | — — |

OBS: Avaliação realizada com paciente em posição: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO DA DOR: EVA \_\_\_\_\_



Local da dor: \_\_\_\_\_

( ) Contínua ( ) Eventual ( ) Aos movimentos Obs.: \_\_\_\_\_

ATIVIDADES FUNCIONAIS: Retorno das AVDs - Domésticas ( ) Não ( ) parcial ( ) total

- Físicas ( ) sim ( ) Não \_\_\_\_\_ - Profissionais ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Veste-se sozinha ( ) sem dificuldade ( ) com dificuldade ( ) não

Abotoa o sutiã sozinha ( ) sem dificuldade ( ) com dificuldade ( ) não

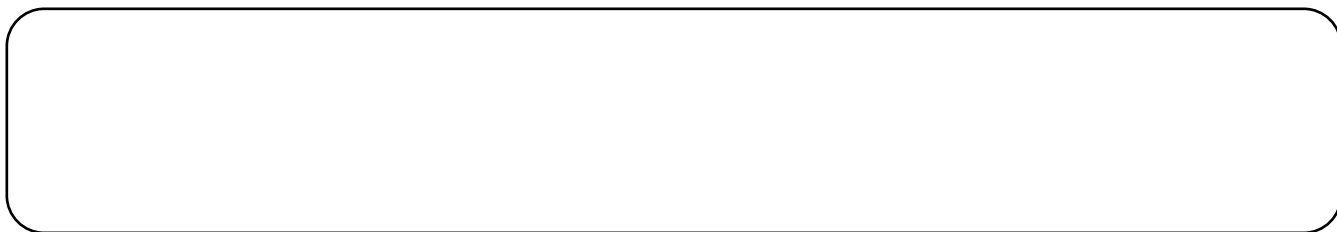
Coloca a mão na cabeça ( ) sem dificuldade ( ) com dificuldade ( ) não

POSTURA: Cabeça ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_

Ombro ( ) Simétrico ( ) Assimétrico \_\_\_\_\_

Coluna ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:



OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA:



CONDUTAS DA FISIOTERAPIA:



DISCENTE RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
DOCENTE RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_