UnirG
Universidade de Gurupi

Clínica Escola de Fisioterapia

AVALIAÇÃO TRAUMATO ORTOPÉDICA

Data da avaliação:____/_____/_____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			
Data de Nascimento: / /	**Sexo:**	**Estado Civil:**	**Cor da pele:**
Naturalidade:		**Profissão:**	
Endereço:			
Telefones:		**Médico:**	
Diagnóstico clínico:			
Diagnóstico fisioterapêutico:			

2. ANAMNESE
Queixa Principal:
História da Doença Atual:
Medicação: ( ) Não ( ) Sim Qual?
Exames Complementares:

História Patológica Pregressa: ( ) Não ( ) Sim Qual(is)?

História Fisiolóogica:

( ) Sedentário ( ) Ativo ( ) Praticante de exercício físico

3. EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Mobilidade Articular:

Goniometria:

Região avaliada:_____

Ativa

Movimento	Direito	Esquerdo

Passiva

Movimento	Direito	Esquerdo

Força Muscular:

Movimento	Direito	Esquerdo

Perimetria:

Testes Funcionais Objetivos:

Testes Funcionais Subjetivos:

Testes Clínicos:

Testes Neurológicos:

4. OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS

5. CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS

_____

Estagiário (a)

_____

Supervisor (a) Responsável