

AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA

Data da avaliação: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Data de Nascimento: / /

Sexo:

Naturalidade:

Profissão:

Endereço:

Telefones:

Diagnóstico Médico:

Médico:

Diagnóstico Fisioterapêutico:

2. QUEIXA PRINCIPAL

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, PREGRESSA E MECANISMO DE LESÃO

4. MEDICAÇÃO

Nome/princípio ativo:

Efeito:

Nome/princípio ativo:

Efeito:

Nome/princípio ativo:

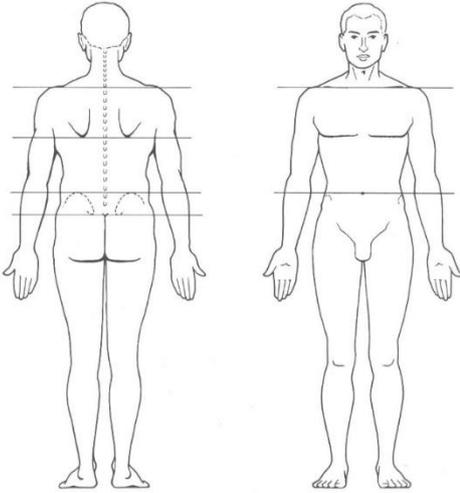
Efeito:

5. PATOLOGIAS CONCOMITANTES

6. DADOS VITAIS

PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ irpm

7. AVALIAÇÃO DA DOR



COMPORTAMENTO E CARACTERÍSTICAS:

FATORES QUE PIORAM E ALIVIAM

Escala Analógica da dor na Avaliação:

0 _____ 5 _____ 10

8. INTERVENÇÃO CIRÚRGICA (Data/ Técnica Cirúrgica)

9. EXAMES COMPLEMENTARES (Tipo/ Data/ Laudo)

10. EXAME FÍSICO

Inspeção e Movimento Ativo:

Palpação e Movimento Passivo:

11. TESTES

Testes Especiais:

ANEXO B - EVOLUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

MOVIMENTO	DIREITO	ESQUERDO

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

MOVIMENTO	DIREITO	ESQUERDO

EVOLUÇÃO DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----