

AVALIAÇÃO EM HANSENÍASE

Data da avaliação: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Telefones:

Endereço:

Diagnóstico Médico:

Diagnóstico Fisioterapêutico:

Queixa principal:

HMA:

HP:

HF:

Medicamentos em uso: (Dose/ Freq. / Horário):

Patologia concomitantes: DM HAS outros: _____

Forma Clínica: Indeterminada (PB) Tuberculóide (PB) Dimorfa (MB) Virchowiana (MB)

Reações: Tipo I Tipo II Tipo I e II Neurite sem reação

Deformidades :

Pés	Mãos
<input type="checkbox"/> garras	<input type="checkbox"/> garras
<input type="checkbox"/> reabsorção óssea	<input type="checkbox"/> reabsorção óssea
<input type="checkbox"/> atrofia muscular	<input type="checkbox"/> atrofia muscular
<input type="checkbox"/> pé caído	<input type="checkbox"/> mão caído
<input type="checkbox"/> lesões tróficas	<input type="checkbox"/> lesões tróficas
<input type="checkbox"/> lesão traumáticas	<input type="checkbox"/> lesão traumáticas

2. EXAME FÍSICO

Peso: Kg

Altura: m




PA: mmhg

Fc: bcpm

fr: irpm

MEMBROS SUPERIORES	1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /
Queixas				
Inspeção Neurológica	D	E	D	E
Trigêmeo				
Auricular				
Radial				
Ulnar				
Mediano				



Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C

AVALIAÇÃO DE FORÇA		D	E	D	E	D	E	D	E
Elevar o punho / Extensão de punho (nervo radial)									
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)									
Elevar o polegar / Abdução do polegar (nervo mediano)									

Legenda: Forte = 5, Resistência Parcial = 4, Movimento completo = 3, Movimento Parcial = 2, Contração = 1, Paralisado = 0 OU Forte = F, Diminuída = D, Paralisado = P

MEMBROS INFERIORES	1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /
Queixas				
Inspeção Neurológica	D	E	D	E
Fibular				
Tibial				

Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C

AVALIAÇÃO DE FORÇA		D	E	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux/ Extensão de hálux (nervo fibular)									
Elevar o pé/Dorsiflexão do pé (nervo fibular)									

Legenda: Forte = 5, Resistência Parcial = 4, Movimento completo = 3, Movimento Parcial = 2, Contração = 1, Paralisado = 0 OU Forte = F, Diminuída = D, Paralisado = P

Exames complementares (Data/ nome do exame/ Laudo):

3. OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS

4. CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS

Estagiário (a)

Supervisor (a) Responsável