UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Data da avaliação:___/___/_____. Avaliador:_____.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (social):_____. Sexo: [ ]F. [ ]M. ID:____anos. DN:____/____/_____

Endereço:_____. Cor: [ ]Branca. [ ]Preta. [ ]Parda. [ ]Amarela. [ ]Indígena.

Estado civil: [ ]Solteiro. [ ]Amasiado. [ ]Casado. [ ]Separado/Divorciado. [ ]Viúvo. Telefone:_____.

Escolaridade: [ ]Sem Instrução. [ ]1º grau incompleto [ ]1º completo. [ ]2º grau incompleto. [ ]2º completo. [ ]3º grau incompleto. [ ]3º completo.

Ocupação:_____. [ ]Estudante.[ ]Do lar. [ ]Desempregado.[ ]Autônomo.[ ]Trabalho remunerado. [ ]Afastado INSS. [ ]Aposentado.

Quantas pessoas moram na sua casa: [ ]Somente você. [ ]Você e mais 1. [ ] Você e mais 2. [ ] Você e mais 3. [ ]Cinco ou mais pessoas.

Renda familiar mensal (SM = R$1.212,00): [ ]Menos que 1 SM. [ ]De 1 a 2 SM. [ ]De 2 a 4 SM. [ ]De 4 a 10 SM. [ ]De 10 a 20 SM. [ ]Acima de 20 SM.

ORIGEM DA DEMANDA

[ ]Espontânea. [ ]Encaminhamento.	Motivo:	Possui plano de saúde: [ ]Não. [ ]Sim.

POSSUI ALGUMA DESTAS CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Gestante:	[ ]Não. [ ]Sim.	Febre sem motivo:	[ ]Não. [ ]Sim.	Desmaio ou epilepsia:	[ ]Não. [ ]Sim.	Queda recente:	[ ]Não.[ ]Sim.
Marcapasso:	[ ]Não. [ ]Sim.	Perda de peso:	[ ]Não. [ ]Sim.	Distúrbio coagulação:	[ ]Não. [ ]Sim.	Trauma recente:	[ ]Não.[ ]Sim.
Infecção:	[ ]Não. [ ]Sim.	Histórico de CA:	[ ]Não. [ ]Sim.	Doença autoimune:	[ ]Não. [ ]Sim.	Cirurgia recente:	[ ]Não.[ ]Sim.

Detalhe a condição presente:

HISTÓRIA CLÍNICA

1.Qual o problema que te traz aqui (HD)?

2.Quando começou (DT)?

3.Como começou (MT)?

4.O que você está sentindo (deficiências)?

5.O que está te incomodando mais (QP)?

6.Comparado com quando este problema começou, ele melhorou ou piorou (evolução)?

7.Quais atividades está com dificuldade para realizar (limitações)?

8.Precisou diminuir a participação no trabalho, lazer, etc.(restrições)?

9.Quais tratamentos realizou(a) e como foram os resultados (co-intervenções)?

10.O que você espera do nosso tratamento (expectativa)?

Sente com frequência: [ ]Insônia. [ ]Ansiedade. [ ]Depressão. [ ]Medo de movimentar. [ ]Pensamentos negativos. [ ]Baixa autoeficácia. [ ]Nega.
Obs.:

Possui outros problemas de saúde: [ ]DM2. [ ]HAS. [ ]Outros: . [ ]Nega.

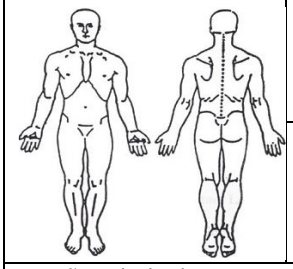
Medicamentos em uso (tipo, dose e posologia)	Específico p/ o problema:
	P/ outras comorbidades:

Realiza exercício físico regular (tipo, frequência semanal, duração e tempo)?

EXAME CLÍNICO

Peso (Kg): . Altura (m): . PA (mmHg): / . FC (bpm): . Outros: .

Pinte as áreas acometidas



Qual o local que mais dói (QP)?

Qual a intensidade média da dor neste local nos **últimos sete dias**?

SEM DOR	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	***PIOR DOR IMAGINÁVEL***

Inspeção e palpação:

Detalhe a sintomatologia (QP):

Função articular / ADM:	Função muscular:	Outras funções:	Capacidade física / percepção de saúde:

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

INDICADORES DE RESULTADO

Desfechos	Metas
1°	
2°	
3°	
4°	
5°	

Paciente triado para seguimento com: [ ]Tratamento em grupo de cinesioterapia. [ ]Tratamento individual. [ ]Outro:

EVOLUÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FICHA DE EVOLUÇÃO

Nome (social):____. Sexo: [ ]F. [ ]M. DN:____/____/_____

FICHA DE EVOLUÇÃO