

CENTRO DE FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA FISIGÓIS S/C LTDA

RE1693RJ

AVALIAÇÃO DOMICILIAR DE FISIOTERAPIA		Data do atendimento: ____ / ____ / ____				
Nome:		Data nasc.: ____ / ____ / ____				
Titular:		Convênio:				
Idade: ____	sexo: ____	Telefone: ____				
Endereço:		Matrícula:				
Cuidador: ____		Médico: ____				
Tel: ____						
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:						
Tempo que possui a doença: _____						
Q.P.: _____						
HDA: _____						
HPP: _____						
Hipertensão: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> controlada com medicação <input type="checkbox"/> não-controlada <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Cegueira						
Cirurgias: _____						
Fraturas: _____						
Cardiopatia	Nódulos/Tumores	Psiquiatria	Diabetes	Flebites	Alergia	Implan.Metálico:
H. SOCIAL: <input type="checkbox"/> Tabagismo _____ <input type="checkbox"/> Etilismo _____ <input type="checkbox"/> _____						
MEDICAMENTO EM USO:						
EXAMES COMPLEMENTARES:						
EXAME FÍSICO:						
Incapacidade: <input type="checkbox"/> deambula livre <input type="checkbox"/> deambula com um apoio <input type="checkbox"/> deambula com dois apoios <input type="checkbox"/> cadeirante <input type="checkbox"/> restrito ao leito						
Apoios: <input type="checkbox"/> bengala <input type="checkbox"/> muleta <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> acompanhante						
Lucidez: <input type="checkbox"/> totalmente lúcido <input type="checkbox"/> confuso às vezes <input type="checkbox"/> não-lúcido						
Dependência terceiros para as AVDS: <input type="checkbox"/> independente <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> total						
Dor: LOCAL _____ <input type="checkbox"/> dói às vezes <input type="checkbox"/> tem que tomar remédio <input type="checkbox"/> dói o tempo todo						
PA: ____ X ____	TAX: ____ ° C	FC: ____ bpm	FR: ____ mpm	AP: ____		
ANÁLISE MUSCULAR: _____						
ANÁLISE ARTICULAR: _____						
OBSERVAÇÕES: _____						
OBJETIVO DO TRATAMENTO: _____						
PROGRAMA DE TRATAMENTO: _____						
Freqüência: ____ x/ semana TIPO: <input type="checkbox"/> MOTORA <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> Outros _____						
Prognóstico de recuperação: <input type="checkbox"/> curto prazo <input type="checkbox"/> médio prazo <input type="checkbox"/> longo prazo <input type="checkbox"/> indeterminado						
FISIOTERAPEUTA (nome completo):				(carimbo e assinatura)		