

**CENTRO DE FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA FISIGÓIS S/C LTDA**

RE 1693RJ

**FOLHA DE EVOLUÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ D.Nasc. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Convênio \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_ Código\_ \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_ Sessões Aut. \_\_\_ Data Limite De Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tempo que sabe do diag. \_\_\_\_\_

**CUIDADOS:**  Não-lúcido  HAS  Deambula c/apoio  Muleta  Andador  Cadeirante  Acamado  
 Neoplasia  Diabetes  Marca-passo  Psiquiatria  Surdez  Cegueira  \_\_\_\_\_  
**FISIOTERAPEUTA** Dr(a) \_\_\_\_\_ Crefito-2 \_\_\_\_\_

**Dias** \_\_\_\_\_ **Horário** \_\_\_\_\_

**Objetivo do Tratamento:** \_\_\_\_\_

Sessão	Data / Hora da entrada	Descrição / Procedimento/ Evolução/ PA TTº: <input type="checkbox"/> MOTORA <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> Outros _____	Fisioterapeuta Carimbo/ Ass.	Hora da saída / Ass.Resp.
1	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
2	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
3	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
4	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
5	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
6	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
7	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
8	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
9	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____
10	____:____ Hs ____/____/____			____:____ Hs ____

**DADOS DO PARECER FISIOTERAPÊUTICO** (índice de resposta ao tratamento):

0% Não melhorou  25% Pouca melhora  50% Boa melhora  75% Melhora acentuada  90% Preparo p/ alta  100% Alta

OBS:

FISIOTERAPEUTA (carimbo e assinatura).

Sr. Paciente e/ ou Responsável demonstre aqui o grau de **satisfação** com o tratamento recebido nesta etapa

Péssimo  Regular  Bom  Ótimo Ass: \_\_\_\_\_

Sr. Paciente e/ ou Responsável demonstre aqui o grau de percepção **de melhora** com o tratamento nesta etapa

Nenhuma  Pouca  Boa  Muito Boa  Ótimo Ass: \_\_\_\_\_

**Sugestões:**