

AVALIAÇÃO DOMICILIAR DE FISIOTERAPIA				Data: ____/____/____	
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: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ controlada com medicação ☐ não-controlada ☐ Surdez ☐ Cegueira					
Cirurgias: _____					
Fraturas: _____					
Cardiopatía	Nódulos/Tumores	Psiquiatria	Diabetes	Flebites	Alergia
Implan.Metálico: _____					
H. SOCIAL: ☐ Tabagismo _____ ☐ Etilismo _____ ☐ _____					
MEDICAMENTO EM USO:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
EXAME FÍSICO:					
Incapacidade: ☐ deambula livre ☐ deambula com um apoio ☐ deambula com dois apoios ☐ cadeirante ☐ restrito ao leito Apoios: ☐ bengala ☐ muleta ☐ andador ☐ acompanhante Lucidez: ☐ totalmente lúcido ☐ confuso às vezes ☐ não-lúcido Dependência terceiros para as AVDS: ☐ independente ☐ parcial ☐ total Dor: LOCAL _____ ☐ dói às vezes ☐ tem que tomar remédio ☐ dói o tempo todo					
PA: _____ X _____	TAX _____ ° C	FC: _____ bpm	FR: _____ mpm	AP: _____	
ANÁLISE MUSCULAR: _____					
ANÁLISE ARTICULAR: _____					
OBSERVAÇÕES: _____					
OBJETIVO DO TRATAMENTO: _____					
PROGRAMA DE TRATAMENTO: _____					
Frequência: _____ x/ semana TIPO: ☐ MOTORA ☐ RESPIRATÓRIA ☐ Outros _____					
Prognóstico de recuperação: ☐ curto prazo ☐ médio prazo ☐ longo prazo ☐ indeterminado					
FISIOTERAPEUTA (nome completo): _____				(carimbo e assinatura)	