



<b>FUSEX</b>	<b>AVALIAÇÃO DOMICILIAR DE FISIOTERAPIA</b>	<b>Data:</b> ____ / ____ / ____
Nome:		Data nasc.: ____ / ____ / ____
Titular:		Convênio:
Idade:      sexo:      Telefone:		Matrícula:
Endereço:		Bairro:
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:** \_\_\_\_\_

**Freqüência:** \_\_\_\_ x/ semana **TIPO:**  MOTORA  RESPIRATÓRIA  Outros \_\_\_\_\_

**Prognóstico de recuperação:**  curto prazo  médio prazo  longo prazo  indeterminado

<b>FISIOTERAPEUTA (nome completo):</b> _____ _____	<b>(carimbo e assinatura)</b> _____ _____
--	---