

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: ☐ MOTORA ☐ RESPIRATÓRIA ☐ 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: