

PRONTUÁRIO FISIOTERAPÊUTICO BAUMGARTH COFITTO 414

Data: ___/___/___

Terapeuta: _____

Registro Nº

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Tempo: _____

Atividades: Física _____ Recreativa _____ Ócio _____

Endereço: _____

Contatos: _____ E-mail: _____

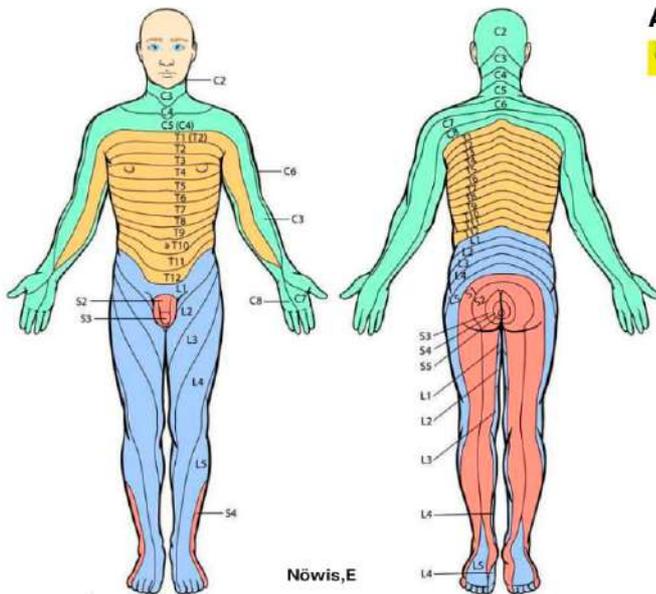
AVALIAÇÃO GERAL

QUEIXA IMEDIATA

DINÂMICA DOS FATOS

Tratamento Anterior??

LOCALIZAÇÃO DOLOROSA



ALGOMETRIA

Profundidade



OBSERVAÇÕES

1. Hipersensibilidade
2. Hiposensibilidade
3. Deformação
4. Assimetria

SINTOMATOLOGIA TEMPO

Estático Periódico
 Ocasional: _____ →
Medicação: _____

Acorda _____
Manhã _____
Tarde _____
Noite _____
Dorme _____

Agrava com _____
em _____
Insuportável em _____
Alivia com _____
Desaparece em _____
Recidiva?? _____

Grieve

INTERROGATÓRIO

Ocupacional – NR17

Souchard

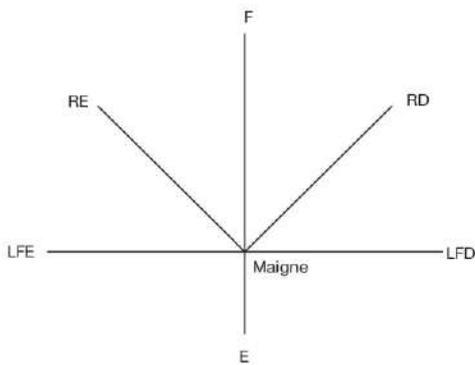
AVALIAÇÃO CINÉTICO-FUNCIONAL

ANTECEDENTES

EXAMES COMPLEMENTARES

PLANO DE TRATAMENTO

Iuri



ARCO DE MOVIMENTO

Kapandji

Ativo
Passivo

Hipomobilidade
Hiper mobilidade
Rigidez
Fixação
Instabilidade

TESTES ORTOPÉDICOS

Evans

TESTES ESPECIAIS

Cipriano

PROGNÓSTICO DE TRATAMENTO

Nôwis,E

Risco Custo

Iuri

Li e concordo

Assinatura do Paciente

Li e concordo

Assinatura do Terapeuta

