

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

Nöwis, E

ALGOMETRIA Profundidade

OBSERVAÇÕES

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

SINTOMATOLOGIA TEMPO

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estático <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Ocasional: _____ → Medicação: _____ _____ | Acorda _____ Manhã _____ Tarde _____ Noite _____ Dorme _____ | Agrava com _____ em _____ Insuportável em _____ Alivia com _____ Desaparece em _____ Recidiva?? _____ |
|--|--|--|

Grieve

INTERROGATÓRIO

Ocupacional – NR17

Souchard

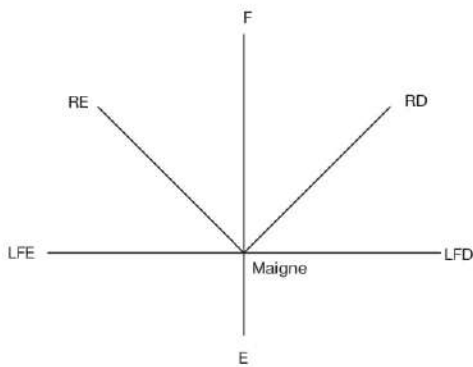
AVALIAÇÃO CINÉTICO-FUNCIONAL

ANTECEDENTES

EXAMES COMPLEMENTARES

PLANO DE TRATAMENTO

Iuri



ARCO DE MOVIMENTO

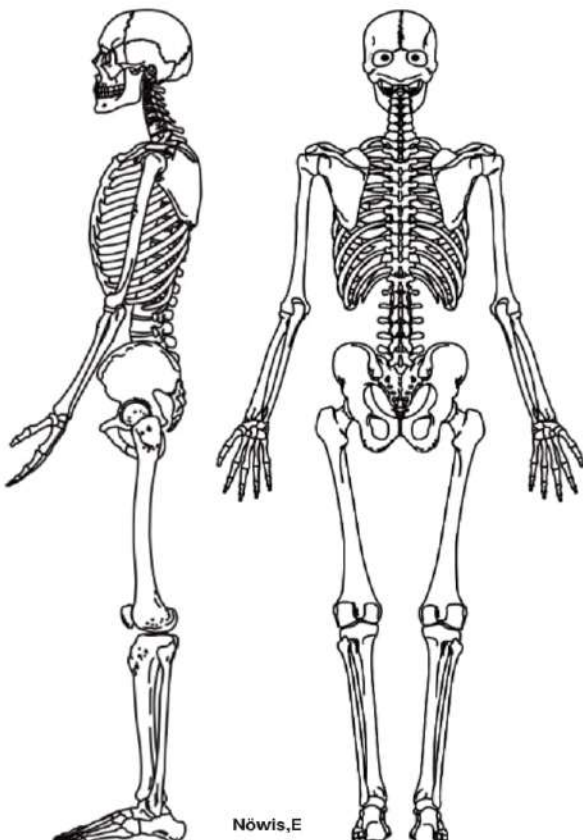
Kapandji

Ativo
Passivo

Hipomobilidade
Hiperomobilidade
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