

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

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

Grieve

INTERROGATÓRIO

Ocupacional – NR17

Souchard

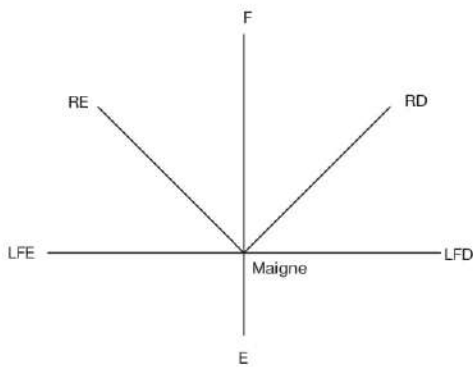
AVALIAÇÃO CINÉTICO-FUNCIONAL

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

Nöwis,E

Risco Custo

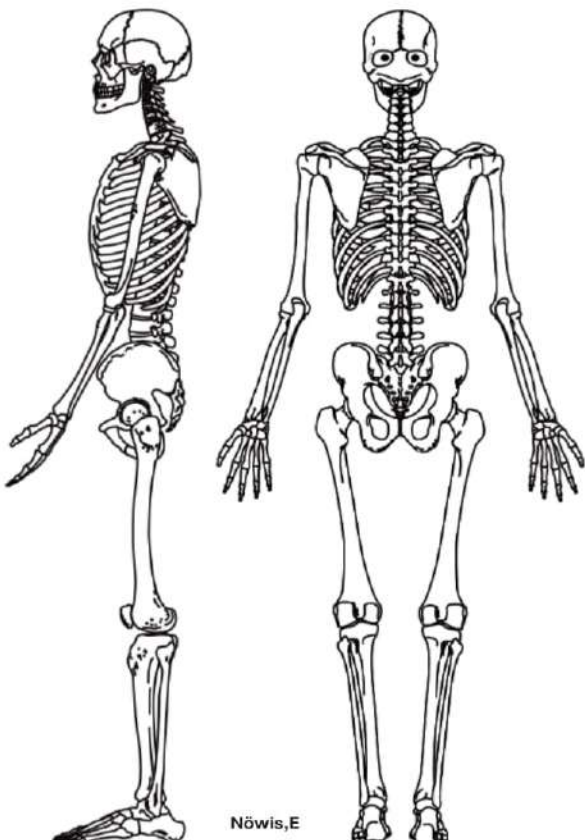
Iuri

Li e concordo

Assinatura do Paciente

Li e concordo

Assinatura do Terapeuta



Nöwis,E