

# Ficha de avaliação fisioterapêutica

Avaliação inicial

Data \_\_\_\_\_

Clínica / consultório \_\_\_\_\_

## 1 Identificação do paciente

Nome completo \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Gênero \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Ocupação atual \_\_\_\_\_

Endereço residencial \_\_\_\_\_

Endereço profissional \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Contato de emergência \_\_\_\_\_

Convênio \_\_\_\_\_ Nº da carteirinha \_\_\_\_\_

Encaminhado por \_\_\_\_\_ Diagnóstico médico / CID \_\_\_\_\_

## 2 História clínica (anamnese)

Queixa principal, nas palavras do paciente \_\_\_\_\_

História da doença atual (início, mecanismo, evolução, o que piora e o que melhora) \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais (doenças, cirurgias, fraturas, internações) \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso \_\_\_\_\_

Atividade física \_\_\_\_\_ Sono \_\_\_\_\_

Tabagismo \_\_\_\_\_ Etilismo \_\_\_\_\_

Rotina de trabalho e postura \_\_\_\_\_

O que espera do tratamento \_\_\_\_\_

3 Exame clínico e físico

PA \_\_\_\_\_ mmHg    FC \_\_\_\_\_ bpm    FR \_\_\_\_\_ irpm    SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

Peso \_\_\_\_\_ kg    Altura \_\_\_\_\_ m    IMC \_\_\_\_\_

Dor — escala numérica de 0 a 10

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

0 = sem dor · 10 = a pior dor que o paciente consegue imaginar

Localização \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Frequência \_\_\_\_\_ Piora com \_\_\_\_\_ Melhora com \_\_\_\_\_

Inspeção (postura, edema, cicatrizes, deformidades, trofismo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Palpação (temperatura, tônus, pontos dolorosos, crepitação) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Amplitude de movimento (goniometria)

| Articulação / movimento | D ativa | D passiva | E ativa | E passiva | Observação |
|-------------------------|---------|-----------|---------|-----------|------------|
|                         |         |           |         |           |            |
|                         |         |           |         |           |            |
|                         |         |           |         |           |            |
|                         |         |           |         |           |            |
|                         |         |           |         |           |            |
|                         |         |           |         |           |            |

Força muscular (escala de 0 a 5)

| Grupo muscular | D | E | Observação |
|----------------|---|---|------------|
|                |   |   |            |
|                |   |   |            |
|                |   |   |            |
|                |   |   |            |
|                |   |   |            |

Testes especiais

| Teste | Lado | Positivo / negativo | Observação |
|-------|------|---------------------|------------|
|       |      |                     |            |
|       |      |                     |            |
|       |      |                     |            |
|       |      |                     |            |

Avaliação funcional (marcha, equilíbrio, transferências, atividades de vida diária) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escalas e questionários (ex.: Oswestry, DASH, Lysholm, Berg, TUG)

| Escala | Pontuação | Data |
|--------|-----------|------|
|        |           |      |
|        |           |      |
|        |           |      |

4 Exames complementares

| Exame | Data | Achado relevante |
|-------|------|------------------|
|       |      |                  |
|       |      |                  |
|       |      |                  |

5 Diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos

Diagnóstico cinético-funcional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prognóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6 Plano terapêutico

Objetivos de curto prazo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivos de médio e longo prazo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recursos, métodos e técnicas \_\_\_\_\_

Frequência \_\_\_\_\_ x por semana      Sessões previstas \_\_\_\_\_      Reavaliação em \_\_\_\_\_

## 7 Evolução

Registrada a cada atendimento, com as intercorrências, na folha de evolução que acompanha esta ficha.

## Observações

## 8 Profissional responsável

Nome completo \_\_\_\_\_ CREFITO \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável \_\_\_\_\_

Blocos 1 a 8: conteúdo mínimo do prontuário da Resolução COFFITO nº 414/2012 (art. 1º, §1º). Guarda mínima de 5 anos a partir do último registro (art. 6º). Modelo gratuito: [sistemafisioflex.com/ficha-de-avaliacao-fisioterapia](http://sistemafisioflex.com/ficha-de-avaliacao-fisioterapia)

S: o que o paciente relata · O: o que você mediu ou observou · A: sua análise · P: o que fica para a próxima sessão

Paciente \_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_

| Data | Sessão | Evolução (S · O · A · P) | Assinatura e CREFITO |
|------|--------|--------------------------|----------------------|
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |
|      |        |                          |                      |