

Data da avaliação: ___/___/____. Avaliador: _____.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (social): _____ Sexo: []F. []M. ID: ____ anos. DN: ___/___/____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Estado civil: []Solteiro. []União estável. []Casado. []Separado/Divorciado. []Viúvo. Cor: []Branca. []Preta. []Parda. []Amarela. []Indígena.
 Escolaridade: []Sem Instrução. []1º grau incompleto. []1º completo. []2º grau incompleto. []2º completo. []3º grau incompleto. []3º completo.
 Ocupação: _____ []Estudante. []Do lar. []Desempregado. []Autônomo. []Assalariado. []Aposentado. []Afastado pelo INSS.
 Quantas pessoas moram na sua casa: []Somente você. []Você e mais 1. []Você e mais 2. []Você e mais 3. []Você e mais 4 ou mais pessoas.
 Rendimento mensal familiar (SM = salário mínimo): []Até 1 SM. []De 1 a 3 SM. []De 3 a 5 SM. []De 5 a 15 SM. []De 15 a 25 SM. []Mais de 25 SM.

POSSUI ALGUMA DESTAS CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Gestante: []Não. []Sim.	Febre sem motivo: []Não. []Sim.	Desmaio ou epilepsia: []Não. []Sim.	Queda recente: []Não. []Sim.
Marcapasso: []Não. []Sim.	Perda de peso: []Não. []Sim.	Distúrbio coagulação: []Não. []Sim.	Trauma recente: []Não. []Sim.
Infeção: []Não. []Sim.	Histórico de CA: []Não. []Sim.	Doença autoimune: []Não. []Sim.	Cirurgia recente: []Não. []Sim.

Detalhe a condição presente:

HISTÓRIA CLÍNICA

Origem da demanda: []Espontânea. []Encaminhamento. Serviço: _____ Possui plano de saúde: []Não. []Sim.

Diagnóstico clínico: []Não. []Sim. Descreva: _____

1.Qual o problema que te traz aqui (condição de saúde)? _____

2.Quando começou (DT)? _____

3.Como começou (MT)? _____

4.O que você está sentindo (deficiências)? _____

5.O que está te incomodando mais (QP)? _____

6.Comparado com quando este problema começou, ele melhorou ou piorou (evolução)? _____

7.Quais atividades você está com dificuldade para realizar (limitações)? _____

8.Precisou diminuir a participação no trabalho, lazer, etc.(restrições)? _____

9.Quais tratamentos realiza(ou) e como foram os resultados (co-intervenções)? _____

10.O que você espera do nosso tratamento (expectativa)? _____

Sente com frequência: []Insônia. []Estresse. []Ansiedade. []Depressão. []Baixa autoeficácia. []Cinesiofobia. []Catastrofização. []Nega. Obs.: _____

Possui alguma doença diagnosticada (comorbidades)? []Não. []HAS. []DM2. []Outras: _____

Medicamentos em uso (tipo, dose e posologia) Relacionado a QP: []Não. []Sim. Descreva: _____
 P/ outras comorbidades: []Não. []Sim. Descreva: _____

Realiza exercício físico 150 min/sem.: []Não. []Sim. Descreva: (tipo, duração, frequência semanal e tempo)? _____

EXAME CLÍNICO

Peso (Kg): _____ . Altura (m): _____ . PA (mmHg): _____ / _____ . FC (bpm): _____ . Outros: _____

Pinte os locais acometidos 	Qual o local que mais dói (QP): _____	Detalhe a sintomatologia relacionada a QP: _____	
	Qual a intensidade da dor neste local agora ? Rep.: ____ . Mov.: ____ .		
	SEM DOR [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] PIOR DOR IMAGINÁVEL		
Inspeção e palpação (estruturas): _____			
Função articular: _____	Função muscular: _____	Outras funções: _____	Capacidade física / percepção de saúde: _____

