

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (social): _____	Sexo: [] F. [] M. ID: ____ anos. DN: ____/____/____
Endereço: _____	Telefone: _____
Estado civil: [] Solteiro. [] 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. [] 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): _____ Qual a intensidade da dor neste local agora ? Rep.: ____ Mov.: ____ <table border="1"> <tr> <td>SEM DOR</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>PIOR DOR IMAGINÁVEL</td> </tr> </table> Inspeção e palpação (estruturas): _____			SEM DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PIOR DOR IMAGINÁVEL
SEM DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PIOR DOR IMAGINÁVEL					
Função articular: _____ Função muscular: _____ Outras funções: _____ Capacidade física / percepção de saúde: _____																	

EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

--

INDICADORES DE RESULTADO

Desfechos clínicos de interesse (instrumentos de medida)	Metas para relevância clínica do tratamento (MCID ou ponto de corte)
1°	
2°	
3°	
4°	
5°	

Paciente triado para seguimento com: ☐ Tratamento em grupo de cinesioterapia. ☐ Tratamento individual. ☐ Outro: _____

EVOLUÇÃO

[illegible]

Nome (social): _____, Sexo: []F. []M. DN: ____/____/____

[illegible]

[illegible]