

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.

Renda familiar mensal (SM = salário mínimo): [] Até 2 SM. [] De 2 a 4 SM. [] De 4 a 10 SM. [] De 10 a 20 SM. [] Superior a 20 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: _____
------------------	-------------------	--------------------------	-----------------	---------------

	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	Detalhe a sintomatologia relacionada a QP: _____
	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]