

AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA DESPORTIVA

Data da avaliação: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Data de Nascimento: / /

Sexo:

Naturalidade:

Profissão:

Endereço:

Telefones:

Esporte Praticado:

Tipo de Atleta: () Profissional () Amador () Recreacional

Diagnóstico Médico:

Médico:

Diagnóstico Fisioterapêutico:

2. QUEIXA PRINCIPAL

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, PREGRESSA E MECANISMO DE LESÃO

4. MEDICAÇÃO

Nome/princípio ativo:

Efeito:

Nome/princípio ativo:

Efeito:

Nome/princípio ativo:

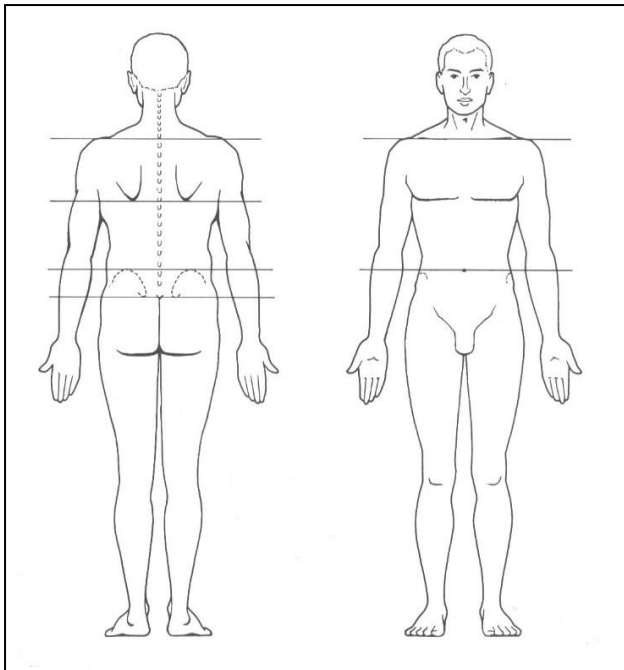
Efeito:

5. PATOLOGIAS CONCOMITANTES

6. DADOS VITAIS

PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ irpm

7. AVALIAÇÃO DA DOR



COMPORTAMENTO E CARACTERISTICAS:

FATORES QUE PIORAM E ALIVIAM

RESPOSTA AO ESPORTE

Escala Analógica da dor na Avaliação: 0 _____ 5 _____ 10

Obs:

6. INTERVENÇÃO CIRURGICA (Data/ Técnica Cirúrgica)

7. EXAMES COMPLEMENTARES (Tipo/ Data/ Laudo)

8. EXAME FÍSICO

Inspeção e Movimento Ativo:

Inspeção e Movimento Passivo:

9. TESTES

Testes Especiais:

Testes funcionais/ Proprioceptivos:

11. OBJETIVOS DO TRATAMENTO

12. PROGRAMA DE TRATAMENTO

Estagiário (a)

Supervisor (a) Responsável

ANEXO B - EVOLUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

MOVIMENTO	DIREITO	ESQUERDO

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

MOVIMENTO	DIREITO	ESQUERDO

EVOLUÇÃO DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Data da avaliação ____ / ____ / ____ Região _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ANEXO C – EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO PARA TESTES FUNCIONAIS

