

Data da avaliação: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo: ()M ()F
Naturalidade:	Profissão:	Raça:
Endereço:		Cidade:
Telefones:	Médico:	

2. ANAMNESE

Queixa principal:

Ginecológico Idade da menarca: () Idade da menopausa: ()
 Ciclo menstrual: () Regular () Irregular Nº de partos: () Normal () Cesária
 Cirurgias realizadas:

Vascular
 () TVP Último episódio em ____/____/____ () Edema Local: _____
 () Flebectomias () MID () MIE () Telangiectasias Local: _____

Lesões Traumatato-ortopédicas:

Alimentação: () Regime Nutricional () Alimentação balanceada () NDA

Tratamentos estéticos realizados
 Cirúrgico : _____
 Não Cirúrgico:

História secundária Praticante de atividade física () Sim () Não
 Tipo de atividade: _____
 Regularidade/ semanal: ()1x ()2x ()3x ()4x ()5x ()6x ()7x

Doenças concomitantes
 DM () HAS () DPOC () Hanseníase em tto () Outro:

Medicação em uso:

3. EXAME FÍSICO

PA: FC: Peso: Altura: IMC:

Medida da cintura abdominal: () cm
 Limiar de Dor: () Normal () Aumentado () Diminuído
 Sensibilidade: () Normoestesia () Hiperestesia () Hipoestesia () Anestesia
 Local:

Pele
 Fototipo de Fitzpatrick: () I () II () III () IV () V () VI
 Tipo de pele
 Face: () Seca () Mista () Oleosa () Oleosa em T () Normal
 Corpo: () Seca () Mista () Oleosa
 Local:

Apresenta: () Ressecamento () Crosta () Fissuras () Descamação
 Local:

Foto envelhecimento
 Face
 () Rugas Tipo/ Local: _____
 () Hiperpigmentações Tipo/ Local: _____
 Outros:

Corpo

() Hiperchromias Tipo/ Local: _____
Outros:

Acne Grau () I () II () III () IV
Local:

Cicatriz
Tipo/ Local:

FEG/ LDG
Grau/Local:

Estrias
Tipo/Local

Vascular
() Telangiectasias () IVC () Edema (Medida em cm)

Sessão/ data	() MSD	() MSE	() MID	() MIE
1ª				
2ª				
3ª				
4ª				
5ª				

Trofismo Muscular
Tipo/Local:

Força muscular: (grupo muscular/grau)

ADM () Normal () Limitação
Local/ goniometria:

4. HP/ HMA

5. OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS

6. CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA

Estagiário (a)

Supervisor (a)