

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)**