AVALIAÇÃO EM NEUROLOGIA

Data da avaliação: _____/_____/_____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	
Data de nascimento:	Sexo:
Profissão:	
Endereço:	
Telefone:	Médico:
Diagnóstico clínico:	
Diagnóstico fisioterapêutico:	
2. ANAMNESE	
Queixa principal:	
HMP/ HMA:	
Cirurgias: ( ) não ( ) sim Qual:	
Resultado de exames realizados:	
AVD:	
Doenças concomitantes DM ( ) sim ( ) não HAS ( ) sim ( ) não Outras:_____	
3. EXAME FÍSICO	
Dados vitais **PA**: mmHg **FC**: bpm **FR**: irpm **AP:**	
Exame específico: (Dor, tato, temperatura, discriminação entre dois pontos, cinestesia, grafestesia, textura, barestesia, esteregnosia,...)	
Tônus muscular: ( ) normal ( ) alterado tipo/grau/local:	
Distribuição topográfica (Descrever o padrão motor instalado):	

Percepção (Lateralidade, esquema corporal, consciência do lado hemiplégico, percepção de profundidade,...)
Coordenação dinâmica e estática:
Reflexos profundos Triciptal: ( )sim ( ) não Patelar: ( )sim ( ) não Bicipital: ( )sim ( ) não Calcanear: ( )sim ( ) não Radial: ( )sim ( ) não
Reflexos superficiais Cutâneo abdominal: ( )sim ( ) não Cutâneo plantar: ( )sim ( ) não
Contraturas e deformidades: ( )sim ( ) não
Úlceras: ( ) sim ( ) não local:
Deambula: ( ) sim ( ) não Descreva:
4. OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS
5. CONDUTA FISIOTERAPÈUTICAS

_____

Estagiário (a)

_____

Supervisor (a)