



AVALIAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



Data da avaliação: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Estado Civil:

Telefones:

Endereço:

Médico:

Diagnóstico ou Hipótese diagnóstica:

Queixa principal:

HMA:

HP:

HF:

Medicamentos em uso: (Dose/ Freq. / Horário):

Fatores risco p/ DACVs:

Sedentarismo

Estresse

Tabagismo

DM

Alcoolismo

Hipercolesterolemia

Hábitos alimentares inadequados

HAS

2. EXAME FÍSICO

Peso: Kg

Altura: m

PA: mmhg

Fc: bcpm

fr: irpm

Avaliação Postural e Corporal (Inspeção):

Exames Musculares (Palpação, teste de função muscular, etc.):

Exames complementares (Data/ nome do exame/ Laudo):

3. OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS

4. CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS

Estagiário (a)

Supervisor (a) Responsável