AVALIAÇÃO EM TRAUMATO ORTOPEDIA

Data da avaliação: _____/_____/_____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		
Data de nascimento:	Sexo:	Estado civil:
Naturalidade:	Profissão:	
Endereço:		
Telefones:	Médico:	
Diagnóstico clínico:		
Diagnóstico fisioterapêutico:		
2. ANAMNESE		
Queixa principal:		
HMP/ HMA:		
Medicação: ( ) Não ( ) Sim Qual:		
Resultado de exames realizados:		
História secundária**:** ( ) Sedentário ( ) Ativo ( ) Praticante de exercício físico		
Patologias concomitantes DM ( ) sim ( ) não Outras:_____ HAS ( ) sim ( ) não		
3. EXAME FÍSICO		
Dados vitais **PA**:_____ mmHg **FC**:_____bpm **FR**:_____ irpm		
Inspeção:		
Palpação:		

Amplitude de movimento: ( ) normal ( ) alterada: Goniometria da região:_____

Movimento	Direita	Esquerda

Força muscular: (grupo muscular/grau)
Teste especiais:
4. OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS
5. CONDUTA FISIOTERAPÈUTICAS

Estagiário (a)

Supervisor (a) Responsável