



Prefeitura Municipal de Campos do Jordão Estado de São Paulo

6.000

AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA

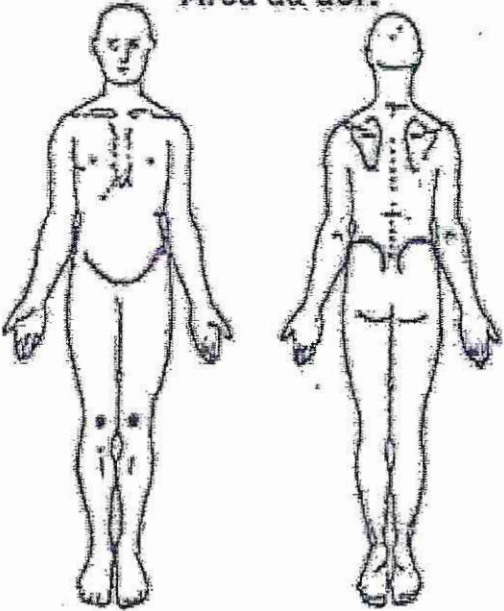
Nome: _____		Data: / /
História da dor		
Há quanto tempo sente esta dor? _____		
Como essa dor começou? () Trauma. Qual o mecanismo da lesão: _____		

() Espontâneo. Qual a 1ª região de dor: _____		

Questões especiais		
Sente dormência, formigamento, perda sensibilidade ou anestesia nos membros bilateralmente? _____		
Ao passar toalha ou papel higiênico na região genital percebe qualquer perda de sensibilidade? _____		
Controle vesical e fecal? _____		
Dor ao tossir, esforçar-se ou espirrar? _____		
Cervical		
Tontura? _____ Visão borrada? _____ Náuseas? _____ Zumbido no ouvido? _____		
Cefaleias? _____		
Tratamento prévio: _____		

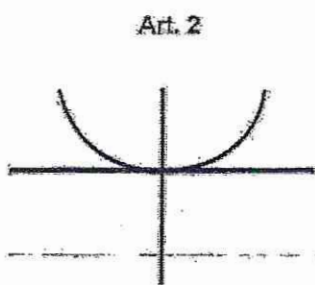
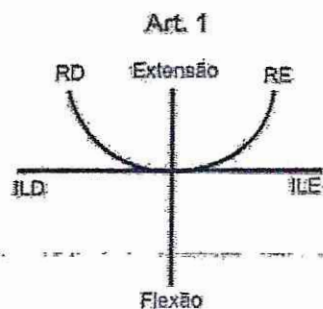
Exames complementares:		

Medicamentos: _____		

Área da dor:		Característica principais da dor
		<ul style="list-style-type: none">• Profundidade da dor: _____• Comportamento da dor: Esta dor é constante? () Sim. Quando ela fica pior? _____ () Não. Quando ela aparece? _____T1: _____T2: _____T3: _____• Ritmo: () Agudo () Crônico () constante• Placa/Prótese/Pino: () não () sim Onde: _____• Marcapasso: () não () sim

20

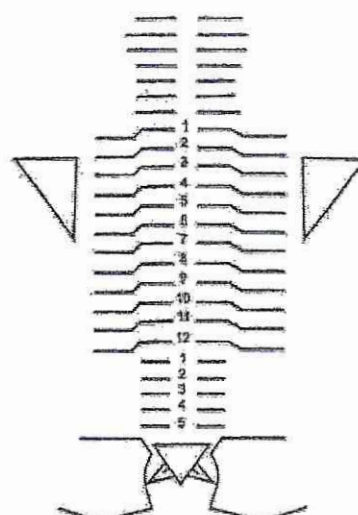
MOVIMENTOS ATIVOS



() Hiperextensão cotovelo

() Hiperextensão joelho

MOVIMENTOS PASSIVOS/ MOVIMENTO PASSIVO ACESSÓRIO / PALPAÇÃO



TUC

Grupo muscular

Força

Dor

Testes Especiais