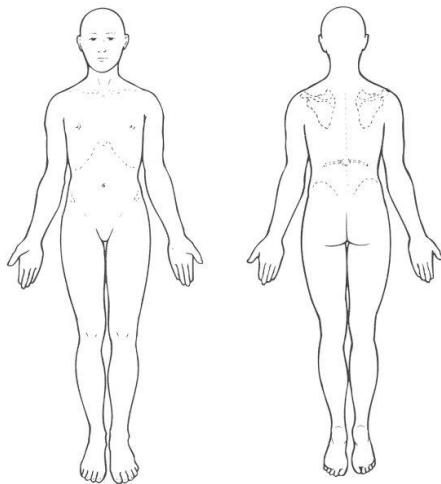


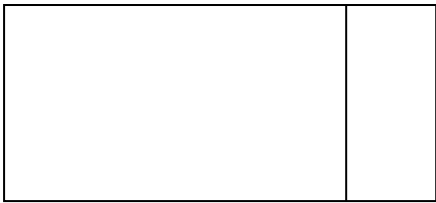
Dados Pessoais:

Nome:
Médico:
Profissão:
Diagnóstico Médico:

Idade: Morada:
Fisioterapeuta:

Contacto:

História Atual	
História Médica/ Anterior	Body Chart 
História social e familiar (perspetiva, experiência e expectativas do utente)	
Questões especiais/Exames Complementares	Relação dos sintomas
Comportamento dos sintomas ao longo do dia	Fatores que agravam os sintomas e função Severo Irritável
Sinal Subjetivo	Fatores que aliviam os sintomas

Avaliação Física Observação/Postura	Testes Específicos
Testes Movimentos Activos (qualidade de movimento, amplitudes)	
Testes Movimentos Passivos (end-feel, goniometria)	Avaliação Neural (sensibilidade, reflexos e testes neurodinâmica)
	Palpação (articular, muscular, neural)
Diagrama do Movimento 	Avaliação flexibilidade/ Comprimento Muscular
Movimentos Resistidos (avaliação da força isométrica, isotónica, excêntrica e explosiva)	Avaliação Neuro-Muscular/ Proprioceptiva/ Sensório-motora

Diagnóstico em Fisioterapia

Problemas Funcionais / Reais:

Problemas Potenciais:

Objetivos da Intervenção

Curto/Médio prazo



Longo prazo

Prognóstico

Plano de Tratamento

Registo Diário

Data	Tratamento	Reavaliação