



CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO

RUA: JOAQUIM DE BARROS ARANHA Nº 178 - CENTRO - FONE 3896 - 1026



FICHA DE AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA () NEUROFUNCIONAL () RESPIRATORIA

DATA: ____/____/____

NOME

SEXO: DATA DE NASC. IDADE CNS.

ENDEREÇO:

BAIRRO: TEL.:

NOME DA MÃE:

OCUPAÇÃO PROF. ESTADO CIVIL:

HD.:

HISTORICO CLINICO:

QP.:

HDA.:

HPP.:

MEDICAMENTOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMES FISICOS:

FC.: BPM/FR: IRPM/PA MMHG TEMP: C°

AUSCUTA PULMONAR:

INSPEÇÃO.:

PALPAÇÃO.:

MOVIMENTO PASSIVOS (TÔNUS):

MOVIMENTO VOLUNTÁRIO:

REFLEXOS:

BABISKN: GORDON: HOFFMAN: RTCS: OUTROS: