



# CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO

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

## FICHA DE AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA

( ) NEUROFUNCIONAL

( ) RESPIRATORIA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

43

NOME

Matrícula nº

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:

Cº

AUSCUTA PULMONAR:

INSPEÇÃO.:

PALPAÇÃO.:

MOVIMENTO PASSIVOS (TÔNUS):

MOVIMENTO VOLUNTÁRIO:

REFLEXOS:

BABISKN:

GORDON:

HOFFMAN:

RTCS:

OUTROS: