



Plano de Reabilitação
Avaliação Fisiátrica

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Sim Não Não elegível.

Motivo _____

Data: ___/___/___ Médico: _____

1. Exame de Imagem atual:

2. Anamnese e história da moléstia atual:

3. Presença de patologia osteomuscular e/ou ortopédica prévia ao AVC que interfere na reabilitação atual:

4. Risco e/ou presença da Síndrome do Ombro doloroso do Hemiplégico e/ou subluxação glenoumeral:

5. Exame ortopédico:

6. Presença de dor:

7. Ciclo vigília sono:

8. Controle esfinteriano vesical / bexiga neurogênica:

9. Função intestinal:

10. Exame neurológico atual:

11. NIHSS atual: _____



12. Habilidades de comunicação e fala:

13. Necessidade do treino de autocuidado e de AVDs:

14. Mobilidade nas posturas baixas:

15. Avaliação da marcha:

16. Já avaliado quanto ao risco de quedas após a alta?

Sim Não

17. Já avaliado quanto a Síndrome do Imobilismo?

Sim Não Caracterizar:

18. Há a necessidade de tratamento medicamentoso ou bloqueios neuroquímicos para a espasticidade ou outros distúrbios de tônus?

Sim Não Caracterizar:

19. Escalas:

a. Medida de Independência Funcional (MIF): inicial _____

b. Medida de Independência Funcional (MIF): final _____

20. Necessidade de avaliação da função cardio-respiratória antes da reabilitação?

Sim Não Caracterizar:

21. Terapia de reabilitação atual:

22. Familiar já orientado quanto ao processo de reabilitação?

Sim Não

Data da orientação:

23. Tendência de evolução funcional inicial:

24. Sugere modificações no plano de reabilitação ainda durante a internação?

Sim Não

Caracterizar:
