

# Ficha Evolução

Nome:

Data:

Fisioterapeuta:

**ESCALA DA DOR: 0 a 10** (0 corresponde a ausência de dor e 10 corresponde uma dor máxima):

**AVALIAÇÃO DO “CENTRO”:**       ruim    bom    ótimo

**Plano de tratamento:**

## MMII

( ) Quadríceps Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Posterior coxa Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Glúteo Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____
( ) Adutor de coxa Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Abdutor de coxa Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Tríceps Sural Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____
( ) Coluna Vertebral Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Alongamento Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Mobilidade Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____

## MMSS

( ) Peito Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Bíceps Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Tríceps Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____
( ) Costas Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Ombro Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) CORE Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____
( ) CORE Oblíquos Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) Coluna Cervical Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____	( ) TF Aparelho _____ Aparelho _____ Aparelho _____

Como paciente chegou:

Como paciente saiu:

OBS: