



**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA  
ANDE-BRASIL  
CENTRO BÁSICO DE EQUOTERAPIA "GEN. CARRACHO"  
CBEGC-DF**

**AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA**

**DADOS PESSOAIS DO AVALIADO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DO AVALIADOR**

Nome: \_\_\_\_\_ CREDITO: \_\_\_\_\_

Endereço e telefone p/ contato: \_\_\_\_\_

É seu paciente habitual? ( ) Sim Não( )

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO**

**1. QUEIXA PRINCIPAL:**

**2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

**3. FISIODIAGNÓSTICO:**

**4. ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADES: (s/n) - ESPECIFICAR**

**5. DESENVOLVIMENTO MOTOR**

Controle cervical: aos \_\_\_\_\_ meses

Controle de tronco: aos \_\_\_\_\_ meses

Rolou: aos \_\_\_\_\_ meses

Engatinhou: aos \_\_\_\_\_ meses

Andou: aos \_\_\_\_\_ meses

## 6. REFLEXOS PRIMITIVOS (S/N)

MORO ( )

RTCA ( )

RTCS ( )

RTL ( )

Preensão ( )

## 7. ATIVIDADES REFLEXAS (S/N)

Reação cervical de retificação ( )

Reação corporal de retificação ( )

Reação de apoio anterior ( )

Reação de apoio lateral ( )

Reação de apoio posterior ( )

## 8. ALTERAÇÃO MOTORA (S/N)

Coréia

Atetose

Contratura

Deformidade

Hipertonia

Hipotonia

Espasticidade

Ataxia

## 9. MARCHA/LOCOMOÇÃO ATUAL

## 10. AVD (S/N)

Alcance de objetos ( )

Preensão de objetos ( )

Uso bimanual ( )

Negligência de membro ( )

Alimenta-se ( )

Higieniza-se ( )

Veste-se ( )

Controle de esfínteres ( )

## 11. CONCLUSÃO/OUTRAS OBSERVAÇÕES

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ assinatura e carimbo