

AVALIAÇÃO MÉDICA: (página #1)

Data	___ / ___ / ___	Médico	
-------------	-----------------	---------------	--

Nome do Paciente	
Número da Ficha #	

Altura Cms		Peso Kgs	
-------------------	--	-----------------	--

Diagnóstico	
Desde (anos)	

H & P: _____

Articulação / Região: _____ Esq. Direito Ambos

ADL: (Actividade diária mais limitada)	
---	--

Terapia Anterior:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Farmacológica | <input type="checkbox"/> Artroscopia |
| <input type="checkbox"/> Infiltrações | <input type="checkbox"/> Osteotomia |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | <input type="checkbox"/> Prótese |
| | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

Equipamento: Cama Joelho Sup/Inf. **Número de Sessões:** _____

Medicação:

Tipo	Nome	Intervalo	Dose

AVALIAÇÃO MÉDICA: (página #2)

Nome do Paciente	
Número da Ficha #	

Instruções Específicas a Aplicação da Terapia PST Ortho®:

Parâmetros	Antes do Tratamento	Depois do Tratamento	6 Semana	6 Meses	1 Anos
Data da Exameinação	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Intensidade da Dor					
Frequência da Dor					
Restrição do Movimento					
Inchaço					
Aquecimento					
Descoloração					
Parestesia					
Alteração na Medicação					
Comentários					

Notações:

Nenhuma/Nunca	0	Ligeiro/Raramente	1
Moderado/Por vezes	2	Severo/Frequente	3
Extremo/Sempre	4		

Alterações na Medicação

Sem Medicação	0	Redução Medicação	1	Sem Alteração	2
---------------	---	-------------------	---	---------------	---

Anotação e Comentários do Médico:

Nº de Tratamentos Recomendados: _____ **Tratamentos Adicionais:** _____

Rubrica do Médico: _____