

## Ficha de Avaliação dos Pacientes 5 a 6 Semanas Após o Tratamento

Nome do Paciente	
Número da Ficha #	

**Articulação / Região Tratada:**

---

**ADL: (Actividade Diária Mais Limitada)**


Por favor utilize este formulário para descrever a severidade dos seus sintomas (relativamente à articulação tratada e da zona afectada) por cada dia da semana, antes da 6ª Semana após o termo da Terapia PST Ortho®.

**Notações a Utilizar:**

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
---------------	---	-------------------	---	---------------	---

Mês		Final Terapia	2ªF	3ªF	4ªF	5ªF	6ªF	Sáb.	Dom.	6ª Semana
Datas										
Intensidade da Dor										
Frequência da Dor										
Restauração Movimento										
Inchaço										
Aquecimento										
Descoloração										
Parestesia										
Alteração na Medicação										

Nota: Colunas: Dias da semana, antes da 6ª Semana após o termo da Terapia PST®