

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL PARA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL

Identificação

Nome: _____

Idade: _____ Idade Gestacional: _____ Gênero: _____ Etnia: _____

Profissão anterior: _____ Quanto tempo passou? _____

Profissão atual: _____ Há quanto tempo? _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Bairro: _____

Estado Civil: _____ Telefones: () _____ / _____

Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Peso antes da gestação: _____

Diagnóstico médico: _____

Diagnóstico Fisioterapêutico: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Data do início do tratamento: ____/____/____

Sinais Vitais

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Temperatura _____ SatO2: _____

Marque um "x" em qual período você quer realizar a avaliação.

() Pré-natal:

() Primípara () Multípara

Número de gestações anteriores: _____ Intervalo entre as gestações: _____

Aborto: () Sim () Não Se sim, Quantas vezes: _____

Causa: _____

() Parto:

Data: _____ Local: _____ Horário _____

Apresentou contrações durante a gestação? _____

Tipo de Parto: () Vaginal () Cesárea Outros: _____

() Pós-parto:

Realizou pré-natal? _____ se sim, número de consultas: _____

Apresentou contrações durante quanto tempo: _____

História Clínica

Queixa Principal:

HDA:

Intercorrência Durante a Gestação:

Diagnóstico Médico Gestacional: _____

HAS: () Sim () Não Tipo: () Leve () Moderada () Grave

Diabetes: () Sim () Não Tipo: _____

TVP: () Sim () Não

Como foi diagnosticado? _____ Está em tratamento? _____

Anemia: () Sim () Não

Como foi diagnosticado? _____ Está em tratamento? _____

Varizes: () Sim () Não Se sim, onde? _____

Como foi diagnosticado? _____ Está em tratamento? _____

Infecções: () Sim () Não Se sim, qual? _____

Como foi diagnosticado? _____ Está em tratamento? _____

Pré-Eclampsia: () Sim () Não

Sente peso nos MMII: () Sim () Não Se sim, a quanto tempo? _____

Outros: _____

Hábitos de Vida Diária:

Tabagista: () Sim () Não

Etilismo: () Sim () Não

Sedentário: () Sim () Não

Atividade Física: () Sim () Não

Se sim, com qual frequência? _____ Qual tipo de atividade? _____

Dieta: () Sim () Não

Se sim, é orientado por uma nutricionista? () Sim () Não

HF:

Medicamentos em uso:

Exame Físico

◦ Inspeção:

Sinais inflamatórios: () Presente () Ausente se sim, onde? _____

Alteração da coloração: () Cianose () Palidez () Rubor () Outro: _____

Alterações tróficas: () Rachaduras () Úlceras () Verrugas

se sim, onde? _____

Edema: () sim () não se sim, onde? _____

Contenção: () Meias () Faixas () Outros

Qual? _____ Quanto tempo usa? _____

Postura Antálgica: () Sim () Não

Marcha Claudicante: () Sim () Não

◦ Palpação:

Temperatura

MID: () aumentada () diminuída () normal

MIE: () aumentada () diminuída () normal

Edema MID

Tipo: () mole () duro () fibroso Local/área: _____

Sinal de cacifo: () positivo () negativo se positivo, qual é o grau? _____

Tipo de pele: () ressecada () áspera () Brilhosa () Normal

Linfonodos: () sensíveis () tumefeitos

Mobilidade articular: () nenhuma () diminuída () normal

Edema MIE

Tipo: () mole () duro () fibroso Local/área: _____

Sinal de cacifo: () positivo () negativo se positivo, qual é o grau? _____

Tipo de pele: () ressecada () áspera () Brilhosa () Normal

Linfonodos: () sensíveis () tumefeitos

Mobilidade articular: () nenhuma () diminuída () normal

Dor MID

Na escala abaixo, o 0 significa sem dor e 10 significa a maior dor possível.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Queixa de dor?

() sim, ao repouso. Nível _____ () sim, ao movimento. Nível _____ () não

Tipo: () Pontada () Queimação () Formigamento () Palpitante () Latejando ()

Agulhada Outro? _____

Trajeta: () Difusa () Referida () Irradiada onde? _____

Em quais movimentos?

() Deitar, nível: _____ () Sentar, nível: _____ () Deambular, nível: _____

() Outro, qual? _____ Nível: _____

Duração: _____

Frequência: _____

Algumas destas funções estão limitadas?

() Sentar-se () Higiene íntima

() Atividade Sexual () Alimentação

() Deambular () Sono

() Micção () Evacuação

Dor MIE

Na escala abaixo, o 0 significa sem dor e 10 significa a maior dor possível.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Queixa de dor?

() sim, ao repouso. Nível _____ () sim, ao movimento. Nível _____ () não

Tipo: () Pontada () Queimação () Formigamento () Palpitante () Latejando ()

Agulhada Outro? _____

Trajeta: () Difusa () Referida () Irradiada onde? _____

Em quais movimentos?

() Deitar, nível: _____ () Sentar, nível: _____ () Deambular, nível: _____

() Outro, qual? _____ Nível: _____

Duração: _____

Frequência: _____

Algumas destas funções estão limitadas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sentar-se | <input type="checkbox"/> Higiene íntima |
| <input type="checkbox"/> Atividade Sexual | <input type="checkbox"/> Alimentação |
| <input type="checkbox"/> Deambular | <input type="checkbox"/> Sono |
| <input type="checkbox"/> Micção | <input type="checkbox"/> Evacuação |

Parestesias: Sim Não Localização/ área: _____

Varizes MID

Sim Não Localização/ área: _____

Varizes MIE

Sim Não Localização/ área: _____

Câimbras MID

Sim Não Localização/ área: _____

Câimbras MIE

Sim Não Localização/ área: _____

Fadiga MID

Sim Não Localização/ área: _____

Fadiga MIE

Sim Não Localização/ área: _____

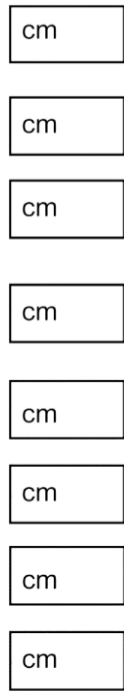
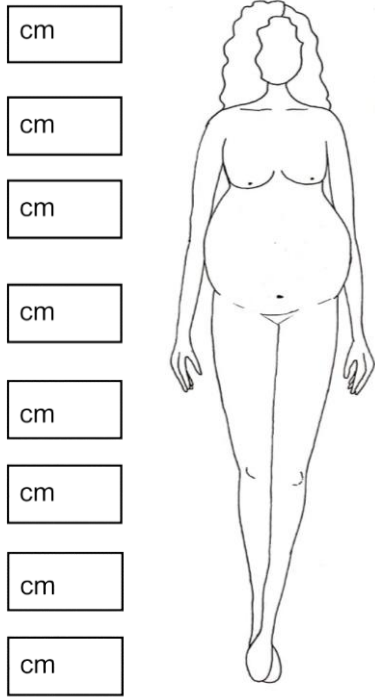
Frequência/Duração: _____

Perimetria

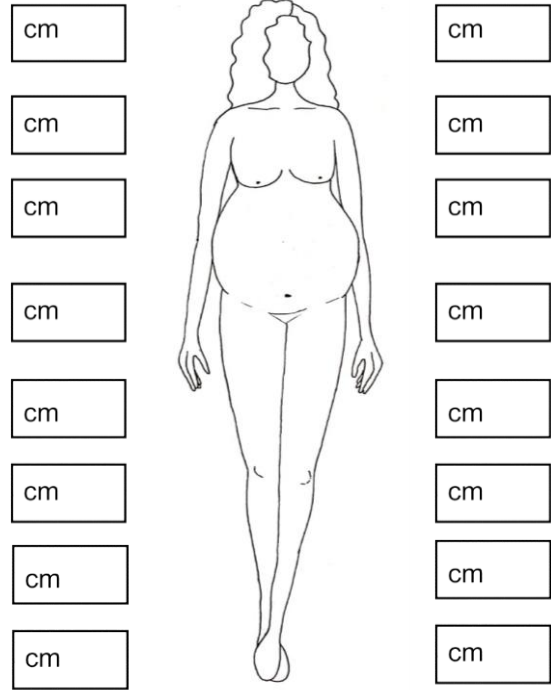
Obs.: a perimetria deve ser feita a partir do ápice da patela de 7 em 7 cm para cima até a linha inguinal e para baixo até os maléolos.

Perimetria MID

Antes:

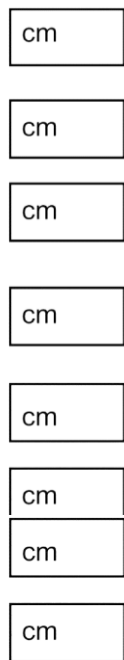
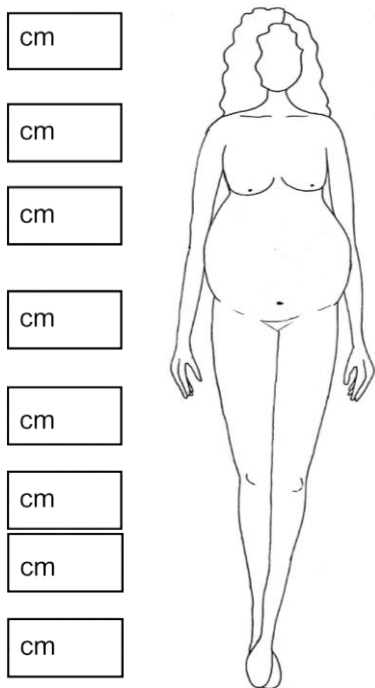


Depois:

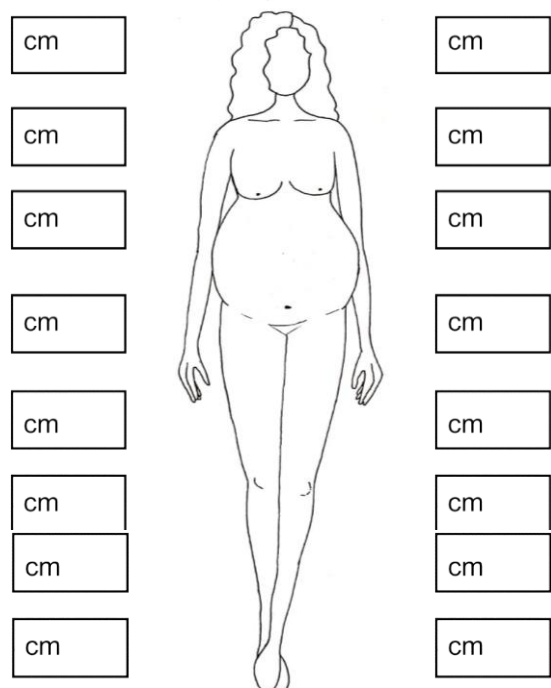


Perimetria MIE

Antes:



Depois:



Inspeção da Região Clitoriana

Para avaliar deve-se traçar uma linha mediana na vulva, para comparação dos lados

Rima do Pudendo: () Entreaberta () Fechada

Grandes Lábios: () Simétricos () Assimétricos

Pequenos Lábios: () Visíveis () Invisíveis

Se sobressaem aos grandes lábios? () Sim () Não São simétricos? () Sim () Não

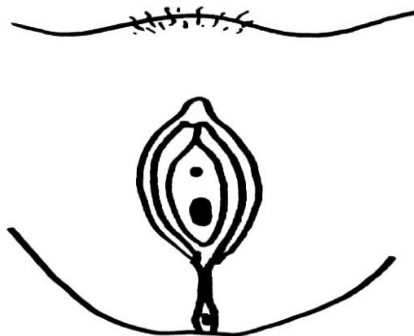
Coloração da região íntima: _____

Varizes: () Sim () Não Localização/ área: _____

Edema: () Sim () Não Localização/ área: _____

Marca um “+” na imagem no local que tem edema:

PONTOS	SCORE
+	Leve
++	Moderado
+++	Intenso



Pele: () Hiperêmica () Distendida () Brilhante () Palidez

() Outra: _____

Palpação da Região Clitoriana

Quais as regiões palpadas: _____

Temperatura: () Quente () Frio () Normal Qual região? _____

Consistência da região: () Rígido () Flácido () Outro: _____

Dor

Na escala abaixo, o 0 significa sem dor e 10 significa a maior dor possível.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Queixa de dor?

() sim, ao repouso. Nível _____ () sim, ao movimento. Nível _____ () não

Tipo: () Pontada () Queimação () Formigamento () Palpitante () Latejando ()

Agulhada Outro? _____

Trajetor: () Difusa () Referida () Irradiada onde? _____

Em quais movimentos? _____ Nível: _____

Algumas destas funções estão limitadas?

() Sentar () Higiene íntima

() Atividade Sexual () Alimentação

() Deambular () Sono

() Micção () Evacuação

Exame Complementares

Proposta de Tratamento Fisioterápico

○ Objetivos:

Curto prazo: _____

Médio prazo: _____

Longo prazo: _____

○ Conduta:
