

## FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DERMATOFUNCIONAL PARA GESTANTES

### I-DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Fisioterapêutico: \_\_\_\_\_  
Cor/Raça:  Branca  Parda  Negra  Amarela  Indígena Outros: \_\_\_\_\_

### II – ANAMNESE

Q.P.( queixa principal): \_\_\_\_\_

H.D.A.( história da disfunção atual): \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Antecedentes patológicos: \_\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Medicamentos/Tempo de uso: \_\_\_\_\_

**Duração da gestação (em semanas), assinale com um X ou indique o período gestacional em semanas:**

Menos de 22 Semanas (\_\_\_) De 22 a 27 Semanas (\_\_\_) De 28 a 31 Semanas (\_\_\_) De 32 a 36 Semanas (\_\_\_) De 37 a 41 Semanas (\_\_\_) De 42 ou mais Semanas (\_\_\_)

Ignorado (\_\_\_)

DUM: \_\_\_\_\_

Consome bebida alcoólica:  Não  Sim,  frequentemente  ocasionalmente

Fuma:  Não  Sim, Freq: \_\_\_\_\_

Atividade física:  Não  Sim, qual (is): \_\_\_\_\_

Freq: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_

Exposição ao sol:  Não  Sim Filtro Solar:  Não  Sim

Utilização de Cosméticos:  Não  Sim, qual (is): \_\_\_\_\_

Tipo de alimentação:  Hipocalórica  Normal  Hipercalórica

Ingestão Hídrica (COPOS/DIA): \_\_\_\_\_

Qualidade do Sono:  Boa  Regular  Péssima

Distúrbios endócrino-metabólicos:  Não  Sim, qual (is): \_\_\_\_\_

Distúrbios emocionais:  Não  Sim, qual (is): \_\_\_\_\_

Distúrbios circulatórios:  Não  Sim, qual (is): \_\_\_\_\_

Diabetes:  Não  Sim, qual: \_\_\_\_\_

Hipotensão Arterial:  Não  Sim Hipertensão Arterial:  Não  Sim

Alergias: \_\_\_\_\_

Idade da menarca: \_\_\_\_\_ Menstruação:  Regular  Irregular

Propensão a queloide:  Não  Sim

Realizou pré-natal:  Sim  Não N° de gestações: \_\_\_\_\_ N° de filhos: \_\_\_\_\_

Nº de abortos: \_\_\_\_\_

Tratamentos anteriores e resultados: \_\_\_\_\_

---

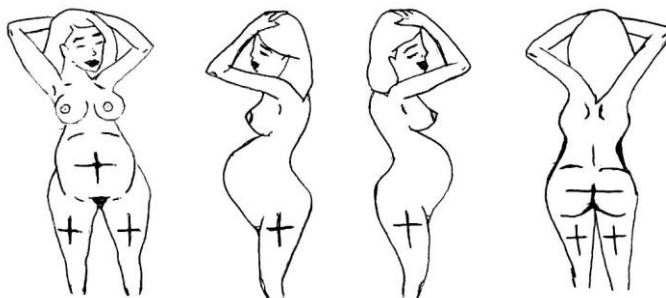
---

---

### III – EXAME FÍSICO

#### CLASSIFICAÇÃO DO FIBROEDEMA GELÓIDE (FEG)

Associada à Gestação    Associada à Obesidade    Pura



#### A) Inspeção

Tipo:  Flácida    Edematosa    Compacta    Mista   Grau:  I    II    III    IV

Regiões acometidas e a ser tratada: \_\_\_\_\_

Coloração do tecido: \_\_\_\_\_

Temperatura:  Fria    Quente   Alterações posturais:  Ausente    Presente, qual (is):

Adiposidade localizada:  Ausente    Presente, local (is):

Depressões:  Ausentes    Presentes à contração muscular    Presentes ao repouso

Teste da casca de laranja:  Negativo    Positivo, local (is):

Aderência tecidual:  Ausente    Presente local (is):

Micro-varizes:  Ausente    Presente

#### EDEMA

Teste do cacifo:  Positivo    Negativo   Sensação de Peso/ Cansaço em MMII: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

#### MEDIDAS DE CIRCUNFERÊNCIAS:

**TABELA2**

**TABELA 1**

Altura da Fita	Braço D	Braço E	Data

Altura da Fita	Abd. Sup.	Cintura	Abd. Inf.	Data

**TABELA 3**

Altura da Fita	Quadril	Coxa Sup./D	Coxa Sup./E	Coxa Inf./D	Coxa Inf./E	Joelho D	Data

**Observações:**

---



---

**B) Palpação**

**FLACIDEZ**

Mensurar os itens abaixo: (+ leve, ++ moderado, +++ Intenso, ++++ grave)\_\_\_\_\_

Tissular\_\_\_\_\_ Muscular\_\_\_\_\_

Localização da flacidez tissular:\_\_\_\_\_

Localização da flacidez muscular:\_\_\_\_\_

Presença de dor à palpação:  Não  Sim, local (is):\_\_\_\_\_

**ESTRIAS**

Tipo:  Atrófica  Hipertrófica Cor:  Rubra/violácea  Alba

Largura:  Fina  Larga Quantidade: \_\_\_\_\_ (+ leve, ++ moderado, +++ Intenso, ++++ grave ) Região:\_\_\_\_\_

**TROMBOSE VENOSA PROFUNDA**

Teste Sinal de Homan:  Positivo  Negativo

**IV – AVALIAÇÃO FACIAL**

**BIOTIPO CUTÂNEO**

- Eudérmica  Lipídica  Alípica  Mista

**ESTADO CUTÂNEO**

- Normal  Desidratado  Sensibilizado  Acneico  Seborreico

**ESPESSURA**

- Fina  Muito Fina  Espessa

**TEXTURA**

- Lisa  Áspera

**INVOLUÇÃO CUTÂNEA**

- Linhas  Sulcos  Rugas  Elastose  Ptose

Local: \_\_\_\_\_

**ACNE**

- Grau I  Grau II  Grau III  Grau IV  Grau V

**FOTOTIPO CUTÂNEO FITZPATRICK**

- TIPO  I  II  III  IV  V

**FOTOENVELHECIMENTO ESCALA DE GLOGAU**

- I  II  III  IV  V

**MANCHAS PIGMENTARES (MELANINA)**

- Acromia  Efélides  Hipocromia  Melanose  Hiperchromia  Solar Outros:

**ALTERAÇÕES VASCULARES**

- Equimose  Petéquias  Telangectasias  Eritrma  /nevo rubi  Rosácea

Outros: \_\_\_\_\_

**LESÕES DE PELE**

- Comedões  Pápula  Pústula  Millium  Cisto  Nódulo  Siringoma  
 Nevo Melanocítico  Xantelasma  Dermatite  Ulceração  Hiperqueratose  
 Psoríase Outros: \_\_\_\_\_

**CICATRIZ**

- Hipertrófica  Atrófica  Queloideana  Retrátil  Hipercrômica  Hipocrômica

**PELOS**

- Hirsutismo  Hipertricose  Alopecia  Foliculite

**OLHEIRAS**

- Sim  Não Tipo:  Profundas  Pigmentares  Sanguíneas  Vasculares

Observação: \_\_\_\_\_

**FLACIDEZ**

- Sim  Não Tipo

## V – AVALIAÇÃO GENITAL FEMININA

(Use o desenho abaixo para identificar alterações estéticas)



Coloração/ Textura/Aspecto: \_\_\_\_\_

Edema vulvar:  Não  Sim, qual (is) localização (s): \_\_\_\_\_

Flacidez:  Não  Sim, qual (is) localização (s): \_\_\_\_\_

Presença de dor à palpação:  Não  Sim, qual (is) localização (s): \_\_\_\_\_

Ressecamento ou enrugamento vaginal:  Não  Sim, qual (is) localização (s): \_\_\_\_\_

Inchaço:  Não  Sim, qual (is) localização (s): \_\_\_\_\_

Hipertrofia:  Não  Sim, qual (is) localização (s): \_\_\_\_\_

Presença de Secreção:  Não  Sim, como : \_\_\_\_\_

Pequenos cistos (bolinhas sebáceas):  Não  Sim, qual (is): \_\_\_\_\_

<b>Escala de Autoimagem Genital</b>	<b>(0 a10)</b>
0. Estou satisfeita com a aparência dos meus genitais	
1. Não estou satisfeita com a aparência dos meus genitais	
2. Sinto meus lábios grandes ou pequenos demais	
3. Sinto incômodo nos meus lábios ao me exercitar e/ou caminhar, etc	
4. Desenvolvimento e validação de face e conteúdo de uma ficha de avaliação de fisioterapia dermatofuncional em gestante	
5. Eu me sinto confortável permitindo que um profissional de saúde examine meus genitais	
6. Eu acho que meus órgãos genitais funcionam da maneira que deveriam funcionar.	
7. Desenvolvimento e validação de face e conteúdo de uma ficha de avaliação de fisioterapia dermatofuncional em gestante	
8. Desenvolvimento e validação de face e conteúdo de uma ficha de avaliação de fisioterapia dermatofuncional em gestante	
9. Desenvolvimento e validação de face e conteúdo de uma ficha de avaliação de fisioterapia dermatofuncional em gestante	
10. Desenvolvimento e validação de face e conteúdo de uma ficha de avaliação de fisioterapia dermatofuncional em gestante	

## **CLASSIFICAÇÃO QUANTO A RESPOSTA DA GESTANTE**

Legenda:

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

### **VI- PARECER FINAL**

#### **1. Objetivos:**

---

---

---

---

---

---

---

---

#### **2. Tratamento Fisioterapêutico:**

---

---

---

---

---

---

---

---