



RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA DOMICILIAR

INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO	
Nome:	Idade:
Dependente () Titular ()	Cuidador:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	CEP:
Telefones:	
Descrição mensal do atendimento	
• Avaliação Inicial: anamnese (histórico clínico do beneficiário) e exame físico (avaliação funcional, amplitude de movimento, força, etc.) • Intervenção: tipos de técnicas e exercícios realizados, equipamentos utilizados. • Evolução: melhorias ou dificuldades observadas	
Ass/carimbo _____	
DATA: / /	
Tipo de Fisioterapia: ()Respiratória ()Motora () outros:	
Quantidades de sessões e periodicidade:	
()1x/semana ()2x/semana ()3x/semana Outros:	
Período do tratamento: ()10 dias ()15 dias ()30 dias ()outros:	
Informações do Profissional	
Nome:	
Número do Registro Profissional:	Telefone: