

Ficha de anamnese: fisioterapia

Clínica: _____ Profissional: _____ Data: ____/____/____

1. Identificação e dados demográficos

Nome completo	
Data de nascimento / Idade	
CPF / RG	
Sexo / Gênero	
Profissão e escolaridade	
Telefone / E-mail	
Nome e contato do responsável (menores de 18 anos ou pacientes com tutela)	

2. Queixa principal e história da moléstia atual

Queixa principal (nas palavras do paciente)	
Início e duração	
Localização	
Caráter (queimação, pontada, pressão, peso)	
Intensidade (0 a 10)	
Fatores de melhora e piora	
Sintomas associados	

3. Histórico patológico pregresso e familiar

Doenças crônicas e histórico familiar	
Cirurgias e internações	
Medicamentos de uso contínuo	
ALERGIAS (medicamentos, látex, alimentos)	

4. Hábitos de vida e perfil psicossocial

Alimentação	
Atividade física	
Tabagismo / álcool / drogas	
Sono	
Saúde mental e emocional	
Contexto socioeconômico (renda, moradia, acesso a medicamentos)	

5. Bloco de Fisioterapia

Queixa funcional: movimento ou atividade do dia a dia afetado e há quanto tempo	
Avaliação da dor: intensidade de 0 a 10, piora no repouso ou no movimento	
Histórico de lesões: fraturas, cirurgias ortopédicas ou tratamentos anteriores na região	
Atividade profissional: tempo sentado, em pé ou com movimentos repetitivos	
Objetivos do tratamento: o que o paciente espera recuperar ou melhorar	

6. Avaliação e plano (método SOAP)

S (Subjetivo): resumo do que o paciente relata	
O (Objetivo): Avaliação física (amplitude de movimento, força, testes funcionais, postura)	
A (Avaliação): hipótese ou diagnóstico clínico (CID, quando couber)	
P (Plano): conduta, exames, prescrições, encaminhamentos e retorno	

7. Consentimento e assinaturas

Declaro que as informações acima são verdadeiras e autorizo o tratamento dos meus dados pessoais, inclusive dados de saúde, para fins de atendimento e registro em prontuário, conforme a Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Texto de exemplo: adapte ao seu serviço e confirme com a sua assessoria jurídica. O modelo não substitui orientações do conselho de classe da sua área.

Local e data: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Profissional (nome e CREFITO): _____ Assinatura: _____