

AVALIAÇÃO DE “TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE FÍSICA DO ADULTO”

Data da Avaliação: _____ Local: _____
Terapeuta Ocupacional responsável: _____
Estudante: _____

Nome do paciente: _____
Registro: _____ Cidade de procedência _____
Idade: _____ Estado civil _____ Filhos _____
Escolaridade: _____ Religião: _____
Ocupação pregressa e atual: _____
Fonte de renda familiar/benefícios/aposentadoria _____

Queixa principal: _____
Motivo de Encaminhamento: _____
Avaliação: () individual - paciente. () individual - familiar / cuidador () paciente e cuidador

DADOS CLÍNICOS:

Diagnóstico: _____
Comorbidades: _____
Medicamentos: _____
Terapias e acompanhamento com outros profissionais _____

TERAPIA OCUPACIONAL:

Você já deixou de frequentar algum lugar por conta de sua condição? () sim () um pouco () não, por quê?

Neste momento, quem mais o/a ajuda? Ajuda em quê / para quê? Necessita de cuidador?

Descreva como é sua rotina:

Descreve como é sua casa, com quem mora, barreiras arquitetônicas? Acessibilidade? Risco de queda?

Aponte suas dificuldades no seu dia a dia por conta da sua condição de saúde:

Usa órtese, prótese, cadeira de rodas? tecnologia assistiva? (Bengala, muleta, engrossador...)

O que você gosta de fazer no seu tempo livre, lazer, hobby?

Quais atividades/ ocupações você tem vontade de aprender / retomar, que no momento não está conseguindo fazer, ou faz com dificuldade:

Mudaria alguma coisa no seu dia a dia? () sim () não - O quê?

AValiação (AOTA, 2020) - marcar: (1) alterada ou (2) não alterada descrever o que está alterado:

OCUPAÇÕES - AVD

Banho, banho de chuveiro () _____

Higiene no banheiro (sanitária) () _____

Vestindo () _____

Comendo e engolindo () _____

Alimentação () _____

Mobilidade funcional () _____

Higiene pessoal e cuidados com a pele () _____

Atividade Sexual () _____

OCUPAÇÕES - AIVD

Cuidados com os outros () _____

Cuidados com animais de estimação () _____

A criação de crianças () _____

Gerenciamento de comunicação () _____

Escritores em braile () _____

Condução e Mobilidade na comunidade () _____

Gerenciamento financeiro () _____

Estabelecimento e administração residencial () _____

Preparação e limpeza das refeições () _____

Expressão religiosa e espiritual / Costume religioso () _____

Manutenção da segurança e emergência() _____

Compras () _____

GESTÃO DA SAÚDE () _____

DESCANSO E SONO () _____

EDUCAÇÃO () _____

TRABALHO () _____

BRINCAR () _____

LAZER () _____

PARTICIPAÇÃO SOCIAL () _____

AValiação E INSPEÇÃO FÍSICA:

Sintomas e Histórico da doença:

O que sabe sobre a patologia: _____

Tempo de diagnostico: _____

Cirurgias: _____

Quando e como surgiram os sintomas, a lesão: _____

Como era antes da lesão: _____

Período do dia de maior incomodo: _____

Fatores de melhora e piora dos sintomas _____

Apresenta alterações no humor? _____

Apresenta fadiga? se sim em quais momentos? _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

DOR: ____/10

Descrição:

Apresenta algum fator que melhora ou piora? Dor é regional ou dor difusa? Irradiação?

Sente formigamento/parestesia e/ou fraqueza em algum membro?

Algum sintoma que você apresenta, não foi mencionado? Se sim, qual?

Inspeção:

Inspeção da mão – arcos, linhas, saliências ósseas, unhas, pele, edema, cicatrizes, desvios, atrofia, deformidades, em repouso, em flexão e em extensão (comparar com a mão não lesada)

Palpação – temperatura, sudorese, regiões de cianose, pontos de dor ou hipersensibilidade (ossos, articulações), rigidez,

Edema em alguma região do corpo:

Exame físico (ADM ativa e passiva// Força // Testes funcionais e clínicos)

Exame físico (ADM ativa e passiva / Força) - Testes funcionais e em blocos						
Ombro		Flexão				
		Extensão				
		Adução				
		Abdução				
		Rotação Int.				
		Rotação Ext.				
Cotovelo		Flexão				
		Extensão				
Rádio-Ulnar		Pronação				
		Supinação				
Punho		Flexão				
		Extensão				
		Desvio Ulnar				
		Desvio Radial				
Polegar	CM	Flexão				
		Extensão				
	MF	Flexão				
		Extensão				
		Abdução				
		Oposição				
	IF	Flexão				
		Extensão				
			2°	3°	4°	5°
Dedos	MF	Flexão				
		Extensão				
	IFP	Flexão				
		Extensão				
	IFD	Flexão				
		Extensão				

CM – Articulação Carpometacárpica, **MF** – Articulação Metacarpofalangiana, **IF** – Articulação Interfalangeana, **IFP** – Articulação Interfalangeana Proximal e **IFD** - Articulação Interfalangeana Distal.

Força

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Pontos Chaves Testados:

	Dinamômetro							
	Palmar		Pinça Chave		Pinça Polpa-Polpa		Pinça Trípode	
	D	E	D	E	D	E	D	E
1ª	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF
2ª	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF
3ª	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF
Total	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF	KgF

Sensibilidade - alteração? Locais?



O toque mais leve que se pode sentir é do filamento:	INTERPRETAÇÃO	Código tradicional para mapeamento no prontuário:
Verde (Nominal: 0,07gf)	- Sensibilidade dentro da faixa considerada normal para mão e pé.	Bolinha verde ●
Azul (Nominal: 0,2gf)	- Sensibilidade diminuída na mão, com dificuldade quanto a discriminação fina. Ainda dentro do "normal" para o pé.	Bolinha azul ●
Violeta (Nominal: 2,0gf)	- Sensibilidade protetora para a mão diminuída, permanecendo o suficiente para prevenir lesões. - Dificuldade com a discriminação de forma e temperatura.	Bolinha roxa ●
Vermelho escuro (Nominal: 4,0gf)	- Perda da sensação protetora para a mão, e às vezes, para o pé. - Vulnerável a lesões. - Perda da discriminação quente / frio.	Bolinha vermelha ●
Laranja (Nominal: 10gf)	- Perda da sensação protetora para o pé, ainda podendo sentir pressão profunda e dor.	"X" em vermelho ✕
Magenta / rosa (Nominal: 300gf)	- Sensibilidade à pressão profunda mantida, podendo ainda sentir dor.	Círculo vermelho ○
Nenhuma resposta	- Perda de sensibilidade à pressão profunda, normalmente não podendo sentir dor.	Bolinha preta ●

- Aplicar instrumento, conforme a demanda do serviço e do paciente

- Ex.:

HAQ (Health Assessment Questionnaire):

QUICKDASH:

PRWE:

PSFS:

- PLANO DE TRATAMENTO:

Raciocínio clínico:

Objetivos:

Condutas/estratégias: