

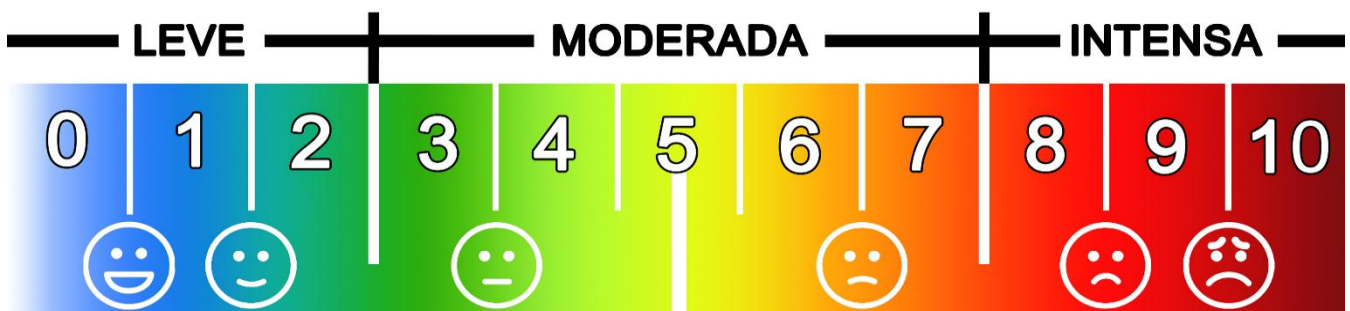


ANEXO VII - AVALIAÇÃO CINESIOFUNCIONAL POR FISIOTERAPEUTA

NOME COMPLETO:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
CARGO/FUNÇÃO:	TELEFONE / CELULAR:
CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: () NÃO () SIM, _____	

I. ANAMNESE

- A. Tem queixa de dor em alguma parte do corpo? () NÃO / () SIM.
Assinalar com X o local da dor e ao lado indicar a intensidade da dor em cada ponto.



Observações: _____

Assinatura e carimbo do(a) fisioterapeuta: _____



II. EXAME FÍSICO:

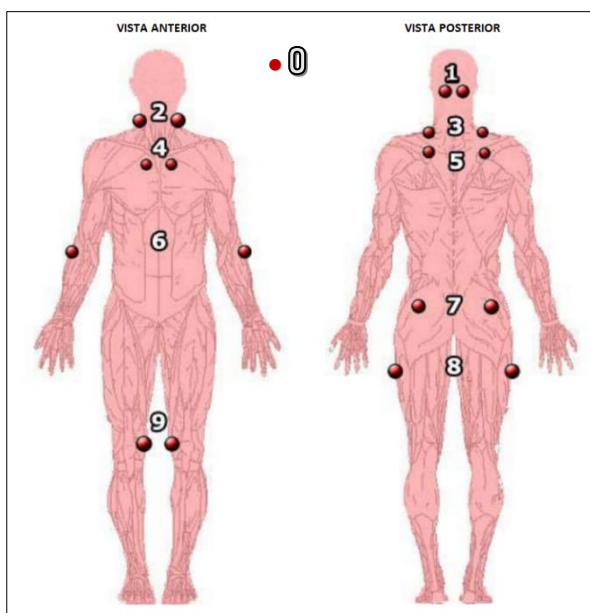
A. AVALIAÇÃO POSTURAL

- a. **Cabeça-** () Alinhada || () Rodada para () D / () E || () Inclinação para () D / () E
() Protusa () Retraída. Observações: _____
- b. **Coluna Cervical:** () Normal || () Retificada || () Hiperlordose.
Observações: _____
- c. **Ombros-** () Alinhados || () Desalinhados: () D () E mais baixo
() Protuso: () D () E || () Retruso: () D () E. Observações: _____
- d. **Clavículas-** () Alinhadas || () Elevada: () D () E || () Saliente: () D () E
- e. **Cotovelos:** () Normais || () Valgo excessivo: () D / E () || Varo: () D / E ()
Observações: _____
- f. **Antebraços-** () Neutros || () Pronado: () D / () E || () Supinado: () D / E ()
- g. **Tórax-** () Normal || () Em tonel || () Pectus Excavatum || () Pectus Carinatum
Observações: _____
- h. **Coluna Torácica-** () Retificada || () Normal || () Hipercifose
- i. **Processos espinhosos-** () Alinhados || () desviados para: () D / () E
- j. **Escápulas-** () Normais || () Aduzida: () D / () E || () Abduzida: () D / () E
() Alada: () D / () E || () Elevada: () D / () E || () Deprimida: () D / () E
- k. **Triângulo de Tales-** () Simétrico || Diminuído a: () D / () E.
- l. **Coluna Lombar-** () Normal || () Retificada || () Hiperlordose
- m. **Espinhas ilíacas ântero-superiores-** () Alinhadas || () Elevada: () D / () E.
- n. **Pelve-** () Alinhada || () Rodada anteriormente a: () D / () E
() Neutra || () Em anteversão || () Em retroversão
- o. **Joelhos-** () Normais || () Valgo: () D / () E || () Varo: () D / () E
() Em rotação medial: () D / () E || () Em rotação lateral: () D / () E
() Em hiperextensão || () Em genuflexão
- p. **Patelas-** () Normais || () Lateralizada: () D / () E || () Medializada: () D / () E
() Elevada () D / () E
- q. **Tornozelos-** () Alinhados || () Valgo: () D / () E || () Varo: () D / () E
- r. **Pés-** () Normais || () Pronado: () D / () E || () Supinado: () D / () E || () Plano: () D / () E
() Cavo: () D / () E || () Antepé valgo: () D / () E || Antepé varo: () D / () E
- s. **Halux-** () Normais || () Valgo: () D / () E || () Varo: () D / () E

Assinatura e carimbo do(a) fisioterapeuta: _____



B. PESQUISA DE TRIGGER POINTS/TENDER POINTS:



0. Não há pontos gatilho positivos
1. Inserção dos músculos sub-occipitais
2. Borda anterior dos espaços inter-transversais das vértebras C5-C7
3. Borda superior do músculo trapézio
4. Segunda costela, junto á articulação costochondral
5. Origem do músculo supra-espinhal, acima da espinha da escápula
6. Dois centímetros distais ao epicondilo lateral
7. Quadrante supero-lateral da região glútea
8. Imediatamente posterior ao grande trocanter do fémur
9. Interlinha medial do joelho

C. TROFISMO MUSCULAR

a. **Geral-** () Eutrófico || () Hipertrófico || () Atrófico

b. **Atrofias segmentares-** () Ausente || () Presente: _____

D. CIRTOMETRIA/PERIMETRIA

MEMBROS SUPERIORES	MEDIDA EM CM		MEMBROS INFERIORES	MEDIDA EM CM	
	Direito	Esquerdo		Direito	Esquerdo
BRAÇO			COXA		
ANTEBRAÇO			PANTURRILHA		

E. FLEXIBILIDADE

MÚSCULO	D	E	MÚSCULO	D	E
Peitoral	() N () E	() N () E	Iliopsoas (deitado)	() N () E	() N () E
Bíceps braquial	() N () E	() N () E	Tríceps sural	() N () E	() N () E
Quadríceps (deitado)	() N () E	() N () E	Isquiotibiais	() N () E	() N () E
Quadríceps (em pé)	() N () E	() N () E	Cadeia posterior	() N () E	

Legenda: N = normal e E = Encurtado

F. **MARCHA-** () Normal || () Alterada: _____

G. TESTE DE SENTAR E LEVANTAR DA CADEIRA

a. Candidato(a) consegue sentar e levantar da cadeira sem apoio 5 (vezes) sem intervalo?

() Sim || () Não: _____

Assinatura e carimbo do(a) fisioterapeuta: _____



H. INSPEÇÃO DINÂMICA

MEMBROS SUPERIORES				MEMBROS INFERIORES			
Estrutura	Movimento	D	E	Estrutura	Movimento	D	E
OMBRO	Flexão	()N / ()A	()N / ()A	QUADRIL	Flexão	()N / ()A	()N / ()A
	Extensão	()N / ()A	()N / ()A		Extensão	()N / ()A	()N / ()A
	Abdução	()N / ()A	()N / ()A		Abdução	()N / ()A	()N / ()A
	Adução	()N / ()A	()N / ()A		Adução	()N / ()A	()N / ()A
	Rotação interna	()N / ()A	()N / ()A		Rotação interna	()N / ()A	()N / ()A
	Rotação externa	()N / ()A	()N / ()A		Rotação externa	()N / ()A	()N / ()A
COTOVELO	Flexão	()N / ()A	()N / ()A	JOELHO	Flexão	()N / ()A	()N / ()A
	Extensão	()N / ()A	()N / ()A		Extensão	()N / ()A	()N / ()A
	Supinação	()N / ()A	()N / ()A		Rotação interna	()N / ()A	()N / ()A
	Pronação	()N / ()A	()N / ()A		Rotação externa	()N / ()A	()N / ()A
PUNHO	Flexão	()N / ()A	()N / ()A	TORNOZELO	Dorsiflexão	()N / ()A	()N / ()A
	Extensão	()N / ()A	()N / ()A		Flexão plantar	()N / ()A	()N / ()A
	Desvio radial	()N / ()A	()N / ()A		Inversão	()N / ()A	()N / ()A
	Desvio ulnar	()N / ()A	()N / ()A		Eversão	()N / ()A	()N / ()A
COLUNA VERTEBRAL							
CERVICAL	Incl. lateral	()N / ()A	()N / ()A	LOMBAR	Incl. lateral	()N / ()A	()N / ()A
	Rotação	()N / ()A	()N / ()A		Rotação	()N / ()A	()N / ()A
	Flexão	()N / ()A			Flexão	()N / ()A	
	Extensão	()N / ()A			Extensão	()N / ()A	

Legenda: D = direito; E = esquerdo; N = normal; A = alterado

Para movimentos alterados, avaliar e especificar a mobilidade passiva e a goniometria: _____

I. FORÇA MUSCULAR (ESCALA MRC)

MOVIMENTO / GRUPO MUSCULAR	DIREITO	ESQUERDO
Flexores do ombro	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Extensores do ombro	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Abdutores do ombro	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Flexores do cotovelo	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Extensores do cotovelo	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)

Assinatura e carimbo do(a) fisioterapeuta: _____



MOVIMENTO / GRUPO MUSCULAR	DIREITO	ESQUERDO
Flexores da mão	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Extensores da mão	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Flexores do quadril	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Extensores do quadril	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Flexores do joelho	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Extensores do joelho	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Abdominais	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)
Extensores do tronco	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	(0) (1) (2) (3) (4) (5)

J. TESTES DE SALTO

- a. Candidato(a) consegue realizar salto bipodal SEM deslocamento: () Sim || () Não: _____
- b. Candidato(a) consegue realizar salto bipodal COM deslocamento: () Sim || () Não: _____
- c. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal SEM deslocamento com o MID: () Sim || () Não: _____
- d. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal SEM deslocamento com o MIE: () Sim || () Não: _____
- e. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal COM deslocamento com o MID: () Sim || () Não: _____
- f. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal COM deslocamento com o MIE: () Sim || () Não: _____

K. TESTES ESPECIAIS:

OMBROS		
TESTE	DIREITO	ESQUERDO
Teste de Hawkins-Kennedy	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Neer	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Apley	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste do impacto de Yokum	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Jobe	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Yergarson	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Patte	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Gerber	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste vascular de Adson	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado

Assinatura e carimbo do(a) fisioterapeuta: _____



COTOVELOS		
TESTE	DIREITO	ESQUERDO
Teste de Cozen	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Mill	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
MÃOS E PUNHOS		
TESTE	DIREITO	ESQUERDO
Teste de Finkelstein	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Sinal de Tinel	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Phalen	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
JOELHOS		
TESTE	DIREITO	ESQUERDO
Teste de Lanchman	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste da Gaveta Anterior	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Estresse em Varo	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Estresse em Valgo	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Apley	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de McMurray	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Sinal de Clarke	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Rabot (compressão patelar)	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
QUADRIL		
TESTE	DIREITO	ESQUERDO
Teste de Patrick-Fabere	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Tredelemburg	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Freiberg	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
COLUNA CERVICAL		
TESTE	DIREITO	ESQUERDO
Teste de compressão de Apley	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de distração de Apley	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Spurling	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
LOMBAR		
TESTE	DIREITO	ESQUERDO
Teste de Lasègue	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Teste de Kernig	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado
Manobra de valsalva	() Normal / () Alterado	() Normal / () Alterado

Assinatura e carimbo do(a) fisioterapeuta: _____

