

RELATÓRIO CLÍNICO DE MEDICINA FÍSICA DE REABILITAÇÃO

N.º Beneficiário(a) _____

Nome completo _____

1. Diagnóstico:	Data início
1. _____	_____
2. _____	_____

2. Causa da doença:

Natural:

Acidental: Trabalho Viação _____

3. Terapêutica realizada:

4. Exames complementares realizados:

5. Avaliação funcional da mobilidade:

Impossível Indep. c/aux. Com ajuda Independente _____

6. Terapêutica a realizar/previsão do grau de recuperação:

Programa de tratamento:

Local	<input type="checkbox"/> Domicílio	Periodicidade	<input type="checkbox"/> Diário
	<input type="checkbox"/> Centro		<input type="checkbox"/> 2 x Semana
	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> 3 x Semana
			<input type="checkbox"/> _____

Duração previsível/n.º total de sessões:

Assinatura

Data _____

Nome completo do Médico _____

Especialidade _____

Código barras