PREFEITURA MUNICIPAL DE XAXIM - SC
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

FICHA CLÍNICA
FISIOTERAPIA

NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____ Idade: : _____

NATURAL: _____ C.I. _____ CPF: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDADE: _____ PROF.: _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

	Nº de Sessões:
Médico Requisitante:	
Diagnóstico Médico:	
HP:	
HA:	
QP:	
Avaliação Física e Testes:	
Diagnóstico Fisioterapêutico:	
Conduta:	

DATA	CLÍNICA	PRESCRIÇÃO