

III Semana Online de Fisioterapia em Oncologia Bioonco

**Ficha de Avaliação
Mastologia - Fisioterapia**



Ficha de Avaliação Mastologia - Fisioterapia

Data da Avaliação: ___ / ___ / ___

Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

Sexo: _____ Peso: _____ Kg. Altura: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____ nº: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ / _____

Telefones: (___) _____ (___) _____

Profissão: _____ Há quanto tempo? _____

Escolaridade: _____ Procedência: _____

Função: Canhoto () Destra ()

Antecedentes: () Tabagista () Etilista () Outros: _____

Doenças Associadas: () DM () HAS () Outros: _____

Antecedentes Ortopédicos: _____

() Ombro Congelado () Síndrome do Impacto () Alteração Manguito Rotador

() Cirurgias Prévias (cintura escapular e membro superior) () Fratura: _____

() Tendinite/bursite: _____

() Cirurgias prévias de mama ou axila: _____

História ginecológica e obstétrica: _____

Gestação: _____ Parto: () C () N () Forcêps: _____ A: _____

Menarca: _____ anos. Menopausa: _____ anos.

Faz ou já fez uso de anticoncepcional? () Sim, quanto tempo: _____ () Não

Atividade física () Sim, qual: _____ Frequência/tempo: _____ () Não

Realiza ou realizou Fisioterapia: () Sim, há quanto tempo: _____ Frequência: _____ () Não

Antecedentes familiares (anotar a doença e o antecedente familiar): _____

Medicamento: _____

Dosagem: _____

Tempo: _____

Causas: _____

Tratamento Cirúrgico e Clínico

Quimioterapia

() Adjuvante () Neoadjuvante - Número de ciclo: _____ Medicamento: _____

Radioterapia

() Adjuvante () Neoadjuvante - número de sessões: _____

Hormonioterapia: _____

Cirurgia

Data da cirurgia: ____/____/____ Mama: () D () E

Tipo de Cirurgia: _____

Mastectomia () Quadrantectomia () Tumorectomia () Nodulectomia () Setorectomia

BLS: () N () S - Positivo () Negativo Esvaziamento axilar: () N () S

Nível de Linfonodos Axilares I (__/__) II (__/__) III (__/__) - Total: __/__

Reconstrução Imediata: () Sim () Não

() Expansor () Prótese () Mamoplastia () Simetrização () GD () TRAM

Observações da cirurgia: _____

Anátomo Patológico

Tipo Histológico

() Carcinoma Invasivo Não Especial - CINE () Carcinoma Lobular Invasivo- CLI

() Carcinoma Intraductal - In situ () Carcinoma Lobular- in situ

() Outros: _____

Tamanho do tumor: _____ Classificação T__N__M__

Receptores Hormonais: RP () RE () HER2 () Ki67 ()

Observações: _____

Queixa principal: _____

Cicatriz : Normal () Hipertrófica () Retraída () Aderente ()

Deiscência () Seroma () – Caso positivo, preencher anexo.

Sensação de repuxamento: () Sim - Local: _____ () Não

Dreno retirado/dias: _____

Radiodermite () Sim - Grau: _____ () Não

Avaliação da dor (EVA): _____

Local: _____

Tipo da dor: () E () M () C () O

E (esporádica); M (aos movimentos); C (constante); O (outra- especificar)

Amplitude de Movimento Ombro

	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Flexão																
Extensão																
Adução																
Abdução																
Rotação Interna																
Rotação Externa																

Linfedema: () Sim - Data de aparecimento: ____ / ____ / ____ Grau: _____ () Não

Foi após: RT () QT () Erisipela/infecções () Outros: _____

Extensão do Linfedema: () Dedos () Mão () Antebraço () Braço () Mama () Gradil costal

Perimetria

	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
21 cm acima																
14 cm acima																
7 cm acima																
Olécrano																
7 cm abaixo																
14 cm abaixo																
21 cm abaixo																
Mão																

Sensibilidade

	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Mama																
Axila																
Braço																

Escápula

Presença (P) ou Ausência (A) de escápula alada – Teste de Hoppenfeld
Registro com foto:

Cordões

Presença (P) ou Ausência (A) de cordão fibroso - Localização:
Registro com foto:

Alteração Cicatricial

() Deiscência () Necrose () Infecção () Vermelhidão () Hiperemia () Secreção

Força Muscular

Movimentos	Flexão		Extensão		Adução		Abução		Rotação Interna		Rotação Externa	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Aferições												
Primeira												
Segunda												

Observações finais: _____

Objetivo Terapêutico: _____

Conduta: _____

Fisioterapeuta