

Avaliação Corporal



Nome do avaliador _____ Data da 1ª avaliação ____/____/____

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Telefone: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Profissão: _____

E-mail: _____

AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS

Gastro-Intestinal

Cardiovascular

Genito-urinário

Músculo-esquelético



DADOS VITAIS

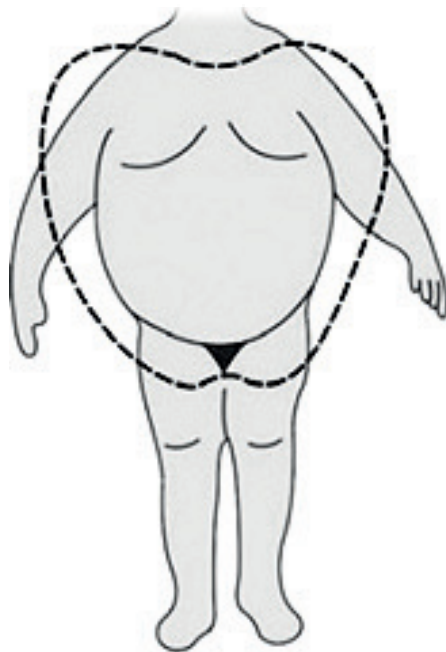
PA: _____

FC: _____

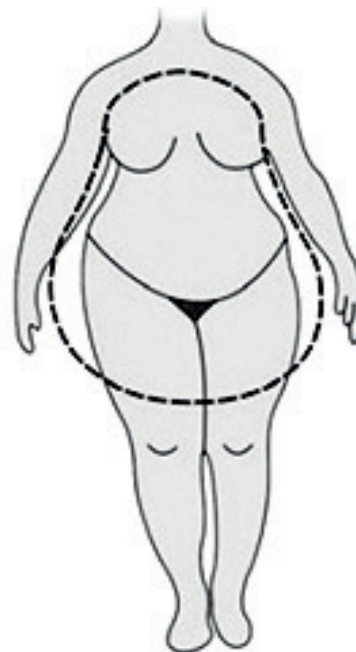
SR: _____

BIOTIPO CORPORAL

ANDROIDE

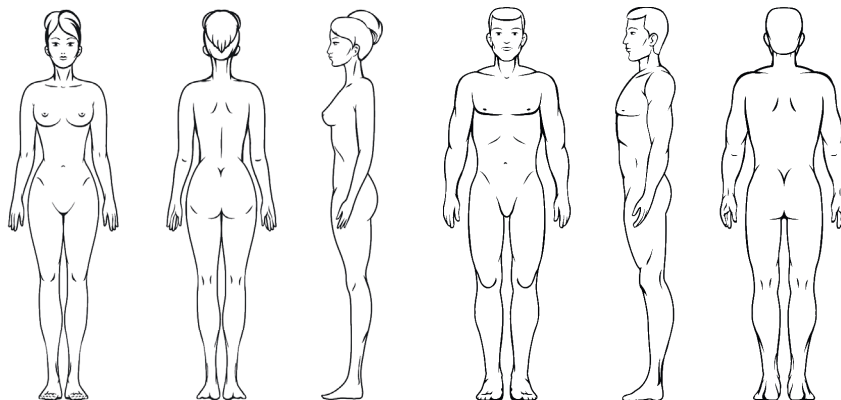


GINOIDE



Observações _____

AVALIAÇÃO POSTURAL



Observações _____

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL

Peso _____ Altura _____ IMC _____



IMC (kg/m²)	Acima de 40,00	Entre 35,00 e 39,9	Entre 30,00 e 34,9	Entre 25,00 e 29,9	Entre 18,6 e 24,9	18,5 ou menos
Grau de risco	Extremo	Muito alto	Alto	Moderado	Peso saudável	Peso abaixo do normal
Tipo de obesidade	Grau III (mórbida)	Grau II	Grau I	Sobrepeso	Ausente	Ausente

ADIPOMETRIA

Dobras	Primeira Medida	Segunda Medida	Terceira Medida
Dobra Tricipital	mm	mm	mm
Dobra Subescapular	mm	mm	mm
Dobra Bicipital	mm	mm	mm
Dobra Axilar	mm	mm	mm
Dobra Ilíaca	mm	mm	mm
Dobra Supraespinhal	mm	mm	mm
Dobra Abdominal	mm	mm	mm
Dobra da Coxa	mm	mm	mm
Dobra da Panturrilha	mm	mm	mm

PERIMETRIA

Local	Medida
Perímetro do Braço	cm
Perímetro da Cintura	cm
Perímetro do Quadril	cm
Perímetro da Coxa Média	cm
Perímetro da Panturrilha	cm

TERMOGRAFIA APLICADA AO TECIDO ADIPOSEO

OBS: Realizar a avaliação com termografia e registrar a temperatura na região a ser tratada.

O tecido adiposo confere uma camada isolante térmica, portanto, quanto maior a camada adiposa, menor será a liberação de calor (temperaturas baixas).

Local _____ Temperatura _____

Local _____ Temperatura _____

Local _____ Temperatura _____

AVALIAÇÃO DA CELULITE

AVALIAÇÃO DE ESTRIAS DE PELE

Estrias	
0	sem estrias
1	menos do que cinco estrias
2	entre cinco e dez estrias
3	mais do que dez estrias

Abdome _____

Mamas _____

Membros inferiores _____

Glúteos/quadril _____

AVALIAÇÃO DO EDEMA

Sinal de cacifo:

() Positivo () Negativo

Edema linfovenoso:

() Aumento PH () Diminuição PO

Edema linfático:

() Primário () Secundário

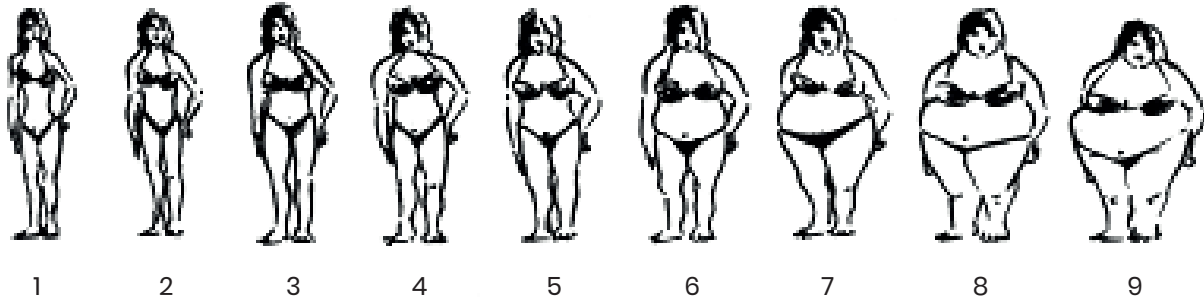
ESCALA DE PERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

ESCALA DE STUNKARD:

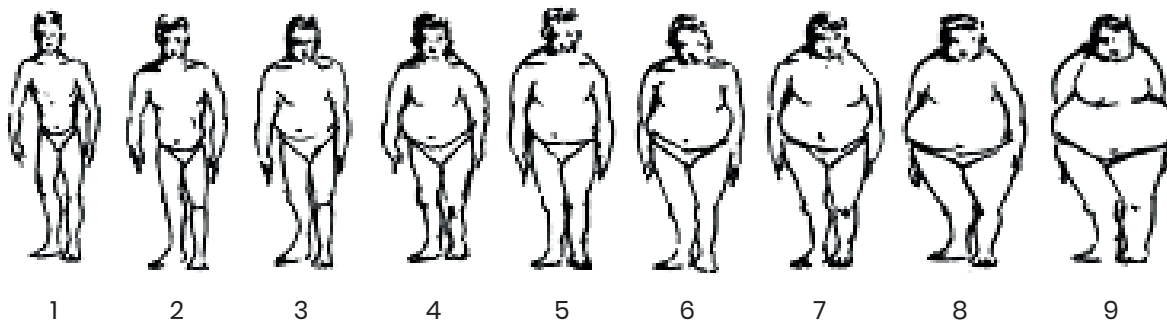
Indique qual número corresponde à sua aparência atualmente ()

Indique qual número corresponde à aparência que gostaria de ter ()

MULHER



HOMEM



ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Qual o grau de satisfação mediante a realização do tratamento proposto? Por favor, circule um número entre 0 (insatisfeita), 5 (satisfeita) e 10 (extremamente satisfeita).



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Insatisfeita

Satisfeita

Extremamente Satisfeita

REAVLIAÇÃO

Data da realaviação: ___ / ___ / ___

Peso: _____

ADIPOMETRIA

Dobras	Primeira Medida	Segunda Medida	Terceira Medida
Dobra Tricipital	mm	mm	mm
Dobra Subescapular	mm	mm	mm
Dobra Bicipital	mm	mm	mm
Dobra Axilar	mm	mm	mm
Dobra Ilíaca	mm	mm	mm
Dobra Supraespinal	mm	mm	mm
Dobra Abdominal	mm	mm	mm
Dobra da Coxa	mm	mm	mm
Dobra da Panturrilha	mm	mm	mm

PERIMETRIA

Local	Medida
Perímetro do Braço	cm
Perímetro da Cintura	cm
Perímetro do Quadril	cm
Perímetro da Coxa Média	cm
Perímetro da Panturrilha	cm

AVALIAÇÃO DA CELULITE

AVALIAÇÃO DE ESTRIAS DE PELE

Estrias

- | | |
|----------|----------------------------|
| 0 | sem estrias |
| 1 | menos do que cinco estrias |
| 2 | entre cinco e dez estrias |
| 3 | mais do que dez estrias |

Abdome _____

Mamas _____

Membros inferiores _____

Glúteos/quadril _____

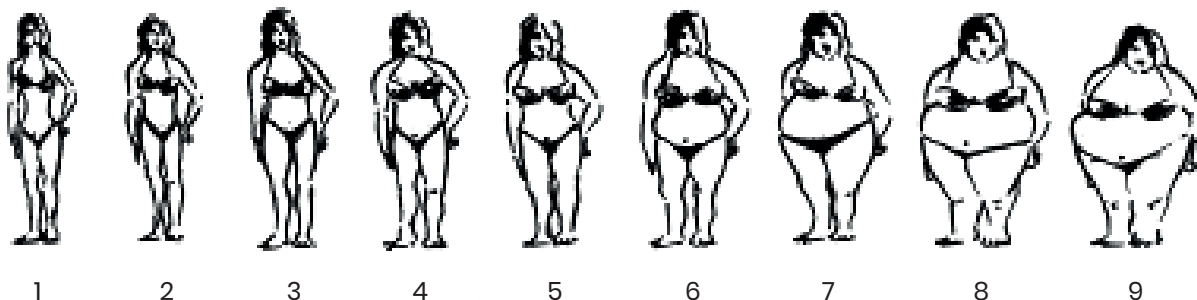
ESCALA DE PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

ESCALA DE STUNKARD:

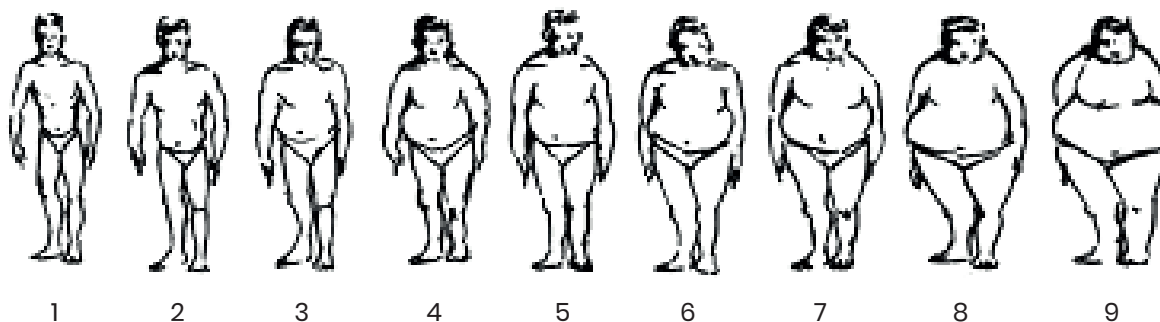
Indique qual número corresponde à sua aparência atualmente ()

Indique qual número corresponde à aparência que gostaria de ter ()

MULHER



HOMEM



Observações _____

