HOSPITAL DI CAMP	**FORMULÁRIO DE VENTILAÇÃO E MONITORIZAÇÃO MECÂNICA** FOR.FIS.002.FEV.2025.V02	**Versão 02**

PACIENTE:		**Data de Nasc.:**_____/_____/_____		**ETIQUETA**
Peso Predito:	**PAO² Ideal:**	**Vc mínimo:**	**Vc máximo:**	
Início da Ventilação Mecânica: _____/_____/_____	**Extubação:** _____/_____/_____	**Reintubação:**_____/_____/_____		
Traqueostomia:_____/_____/_____	**Evolução Final da Vm:** ☐ **ÓBITO** ☐ **ALTA SEM VA** ☐ **ALTA COM VA**			

DATA	HORA	**PARÂMETROS VENTILATÓRIOS**												Fisioterapeuta resp. pelos dados iniciais:	
		MODO VENTILAT.	VC (mL) / Fluxo L/nin	PC	FR VM / FR PAC	T. I. (seg)	PEEP (cmH2O)	SENS	PS (cmH2O)	REL I:E	FIO²%	SPO² / EtCO²	TIPO DE VA / Pres. Cuff	JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO	ASSINATURA

DATA	HORA	PARÂMETROS VENTILATÓRIOS													
		MODO VENTILAT.	VC (mL) / Fluxo L/nin	PC	FR VM / FR PAC	T. I. (seg.)	PEEP (cmH2O)	SENS	PS (cmH2O)	REL I:E	FIO²%	SPO² / EtCO²	TIPO DE VA / Pres. Cuff	JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO	ASSINATURA

MONITORIZAÇÃO MECÂNICA PULMONAR

DATA	HORA	AUTOPEEP (cmH2O)	P.PICO (cmH2O)	P. PLATO (cmH2O)	C.DIN (mL/cmH2O)	C.EST (mL/cmH2O)	IO (PO2/FIO2)	IT (f/VC)	DP (CmH2O)	VM (L)	PLANTONISTA	OBSERVAÇÃO