

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade:

Data de Admissão hospitalar : ____/____/____

Data de Admissão Fisioterapeutica : ____/____/____

Data de Atendimento: ____/____/____

Cole a etiqueta aqui.

AVALIAÇÃO

HDA:

DIGNÓSTICO MÉDICO:

DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA REAVLIAÇÃO:

SINAIS VITAIS:

FC: | Fr: | Tax: | PA: | Sat:

Drenos/Cateteres:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

() Alerta () Vigil () Acordado () Responsivo () Cooperativo () Interativo () Agitado

() Desorientado () Letárgico () Torporoso () Estuporoso () Comatoso () Delirium

() Sedado/RASS: Glasgow:

OBS:

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA:

Ausculata Pulmonar:

Tipo de ventilação: () Ar Ambiente () MNBZ L/min () Cateter Nasal L/min () Máscara Reservatória L/min

() TQT Tipo: / N: Data da instalação:

() TOT Comissura Labial ____ NUMERAÇÃO: ____ Data de instalação:

Padrão ventilatório:

() Eupneico () Bradpneico () Taquipneico () Ortopnéia () Trepopnéia () Platipneia () cheyne – Stokes

() Biot () Kussmaul

Dispneia surgimento : () Repouso () Médios Esforços () Grandes Esforços

Intensidade BORG: Classificação:

Tosse:

Secreção Traqueobrônquica (Aspecto/Coloração / Quantidade)

Expansibilidade Torácica: () Normal () Reduzida : () Unilateralmente () Bilateralmente

Tipo de tórax: () Normal () Tonel () Pectus Escarvatum () Pectus Carinatum () Cifótico

Função Respiratória:

PI_{máx}: _____ cmH₂O PEmáx: _____ cmH₂O CVF: _____ Peak Flow: _____ lpm

MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:

Modo () VCV () PCV () PSV () PRVC

() Bem Adaptado () Mal Adaptado

Pressão do Cuff:

Parâmetros Ventilatórios: P_{insp}: _____ cm H₂O Fr: _____ irpm P_{exp}: _____ cmH₂O FIO₂: _____ % V_{min}: _____ l/min

T_{ins} _____ seg P_{pico}: _____ cm/H₂O P_{platô}: _____ cm/H₂O Sensibilidade: _____ cmH₂O C_{est}:

ml/H₂O Drive Pressure:

EXAMES LABORATORIAIS:

GASOMETRIA ARTERIAL: pH: _____ PaO₂: _____ PaCO₂: _____ LAC: _____ HCO₃: _____ BE: _____ SpO₂: _____ P/F

HEMOGRAMA: Hb: _____ HCT: _____ PLAQUETAS: _____ LEUCO:

OBS:

EXAMES DE IMAGEM:
INSPEÇÃO:

() Corado () Hipocorado () Acianótico () Cianose: () Central () periférica

() Anictérico () Ictérico

Edema () Sim () Não Localização : _____ Classificação: () /+4)

Lesão Cutânea (Tipo/ Região):

Amputação / Deformidades / Outros:

OBS:

AVALIAÇÃO MOTORA:
MRC:

Movimentos Avaliados Direita Esquerda

Flexão do quadril	_____ / _____
Extensão de joelho	_____ / _____
Dorsiflexão de Tornozelo	_____ / _____
Abdução de ombro	_____ / _____
Flexão de Cotovelo	_____ / _____
Extensão de Punho	_____ / _____

Escore do MRC: _____ Classificação:

IMS: _____ Classificação:

() Ativo no Leito () Hipoativo no Leito () Restrito ao Leito () Previamente Acamado

() Hemiplégico/Dimídio: () Hemiparético/Dimídio:

() Paraplégico () Tetraplégico

() Panturrilhas Livres () Panturrilhas Empastada

Tonus muscular: () Eutonia () Hipotonia () Hipertonia- Escala Ashworth_____Localização:

() ADM Preservada () ADM Incompleta/ Articulação:

() Controle de Tronco Mantido () Déficit de Controle de Tronco

() Deambula S/ Auxílio () Deambular C/Auxílio: () Mínimo () moderado () Maximo

Dor : () Aguda () Crônica Localização: Intensidade/EVA:

OBS:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPêutico(MOTOR / RESPIRATÓRIO):

PROGNÓSTICO:

PROJETO TERAPêutico:

OBJETIVOS MOTOR/ RESPIRATÓRIO:

META PRêVIA CONCLUÍDA: ()SIM ()NÃO

JUSTIFICATIVA DE META NÃO CONCLUÍDA:

META(S)/ MÉDIO PRAZO (7 DIAS):

PROGRAMAÇÃO DE ATENDIMENTO: VEZ AO DIA, POR DIAS.

PROCEDIMENTO:

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA:

FISIOTERAPIA MOTORA:

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA: