



## DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIOS

**Objetivo:** Adequar informações de prontuários quanto ao seu conteúdo, compreensão dos dados descritos pelas diferentes equipes envolvidas no tratamento do paciente, bem como, informar à equipe multidisciplinar das condições clínicas e físico-funcionais e sua evolução no tratamento.

### 1. Conteúdo das evoluções:

Nas evoluções fisioterapêuticas dos pacientes internados no Hospital Mãe de Deus, constarão os seguintes dados:

1.1 Identificação da evolução fisioterapêutica, sendo registrado: turno e horário.

1.2 Inspeção:

- Registro das condições nas quais o paciente é encontrado: no leito (decúbito), sentado, em ortostase, deambulando. Registrar quando o paciente está restrito ao leito.
- Modos ventilatórios: O2, VMI, VMNI (e seus respectivos parâmetros). Identificação de esforço ventilatório, ou distorção.
- A identificação de drenos, sondas, bolsa de colostomia, curativos, coxins será realizada e registrada na avaliação inicial e quando houver modificações, as mesmas serão registradas em prontuário.
- Registro das condições gerais do paciente.

1.3 Palpação:

- Registro da ausculta pulmonar inicial e final, quando os manuseios interferirem na mesma. A nomenclatura utilizada para a ausculta pulmonar será a seguinte: AP limpa, MVUD s/RA, roncos, sibilos inspiratórios ou expiratórios e crepitações (modificados com a tosse ou com determinado decúbito).
  - As frequências cardíaca e respiratória, assim como, a saturação de oxigênio, serão registradas se houver instabilidade clínica, em situações de esforço, cianose ou quando o paciente estiver em oxigenoterapia.
  - Quando for realizado o registro das condutas, será identificando, separadamente, as condutas respiratórias e motoras da seguinte forma abreviada: R (respiratória) e M (motora). Nas condutas respiratórias serão descritos os manuseios, os exercícios ventilatórios, a presença ou não de tosse e de expectoração (classificando a quantidade, coloração, viscosidade da secreção). Se houver aspiração, deverá ser relatada a via (traqueostomia, orotraqueal, nasotraqueal, tubo endotraqueal) e a classificação da secreção (quantidade, coloração e viscosidade). As secreções poderão ser classificadas como: mucóide, mucopurulenta, hemática ou hematurulenta. Poderá ainda ser classificada como fluida ou espessa.
- Na conduta motora, os exercícios deverão ser classificados (passivos, ativo-assistidos, ativos, isométricos, resistidos e funcionais). Os grupos musculares alongados deverão ser descritos. A retirada do leito, sedestação, deambulação, treino de escadas, treino de AVD's (atividades de vida diária) e de trocas de decúbito deverão ser mencionadas quando assim ocorrerem. No término do atendimento, deverá constar como o paciente foi deixado (decúbito, acompanhado, entre outros). Os pacientes ficarão sempre com a cama baixa e com as guardas elevadas. Se houver risco de queda ou agitação, deverá ser conversado com o médico responsável para que seja prescrita a contenção, caso a mesma não exista.

## 2. Abreviaturas :

Serão utilizadas as seguintes abreviaturas:

RTA- Reequilíbrio tóraco-abdominal.

MsSs- Membros superiores.

Msls- Membros Inferiores.

MSD- Membro superior direito.

MSE- Membro superior esquerdo.

MID- Membro inferior direito.

MIE- Membro inferior esquerdo.

EPAP- Pressão expiratória positiva.

BiPAP- Bilevel Positive Pressure Airway.

CPAP- Pressão Positiva Contínua

ADM's- Amplitudes de movimento.

FM- Força muscular.

HMC- Hemicorpo.

HTX- Hemitórax

RE- Retardo expiratório.

PsVs- Padrões ventilatórios.

RESPIRONAMT

CFs- articulações metacarpofalangeanas.

AIFs- articulações interfalangeanas.

CCA- Cadeia cinética aberta.

CCF- Cadeia cinética fechada.

FNP- Facilitação neuromuscular proprioceptiva.

## 3. Identificação profissional:

No final da descrição do atendimento, deverá ser realizada a identificação do fisioterapeuta, constando nome legível e o número do Conselho Regional de Fisioterapia.

## 4. Registro de intercorrências:

No caso de intercorrências, as mesmas serão registradas em prontuário e o fisioterapeuta responsável deverá relatar a providência tomada (se avisou a enfermagem e/ou realizou algum procedimento).

## 5. Altas CTI/UICRE

Quando o paciente tiver alta das unidades CTI e UICRE, o fisioterapeuta responsável realizará registro sobre a evolução do paciente na unidade.