

# Treinamento



FISIOTERAPIA HOSPITALAR  
MÃE DE DEUS

Fisioterapeuta treinado:

Horários ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Uniforme ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Telefones de contato ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Sistema ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Evoluções ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Evoluções independentes ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Requisição de fisioterapia ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Requisição de fisioterapia realizada independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Checagem ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Checagem independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Registro da avaliação no sistema ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Registro da avaliação no sistema independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Escrever a frequência dos atendimentos 1 ou 2 vezes junto ao diagnóstico

☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Quando finalizar o atendimento e o motivo for suspensão ou óbito, escrever junto ao diagnóstico

☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Registro de alta hospitalar / suspensão ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Registro das trocas de leito ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Rotinas de aspiração vas ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Rotinas de coleta de escarro ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Informação de materias: andadores, gelo ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Tempo de atendimento ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Rotinas de plantão ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Impressos de informações sobre o serviço (entregues na avaliação) ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Orientações de alta hospitalar - imprimir ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Atendimento do telefone - retornar ligação ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Realizar os agendamentos dos pacientes (dias de semana e plantões) ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Impressão de relatórios - avaliações ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_