

Avaliação Fisioterapêutica em Neonatologia



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: ____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Pré-natal

Pré-natal:

☐ sim

☐ não

Corticóide antenatal:

☐ sim

☐ não

☐ incompleto

Tipo de gestação:

☐ única

☐ múltipla:

Complicações:

☐ hipertensão materna

☐ pré-eclâmpsia

☐ diabetes gestacional

☐ placenta prévia

☐ bolsa rota

☐ outras:

Exame Físico

Tipo de leito:

☐ incubadora

☐ berço aquecido

☐ berço comum

Tipo de ventilação:

☐ em ar ambiente

☐ O2 na incubadora _____ %

☐ CN _____ l/min

☐ campânula de O2 _____ l/min

☐ CPAP - nasofaríngeo _____ FiO2% _____ PEEP (cmH2O)

pronga nasal _____ FiO2% _____ PEEP (cmH2O)

☐ ventilação mecânica:

modo ventilatório: _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____

freqüência: _____ FiO2: _____ NO: ☐ não ☐ sim

Ausculta pulmonar:

Sinais Vitais Sat O2: _____ FR _____ FC _____

Tipo secreção VAS / tubo:

☐ não

☐ pequena

☐ mucóide

☐ fluida

☐ sim

☐ média

☐ mucopurulenta

☐ espessa

☐ grande

☐ purulenta

☐ ausente

☐ sanguinolenta

Objetivos: _____

Conduas Fisioterapêuticas:

OBS: _____

Fisioterapeuta Avaliador:

Boletim de Silverman-Andersen:

0 = não há DR 1-5 = DR moderado >5 = DR grave

sincronização tiragem retração esternal BAN gemido

0	 SYNCHRONIZED	 NO RETRACT.	 NONE	 NONE	 NONE
1	 LAG ON INSP.	 JUST VISIBLE	 JUST VISIBLE	 MINIMAL	 STETHOS. ONLY
2	 SEE-SAW	 MARKED	 MARKED	 MARKED	 NAKED EAR