

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 do pré-natal: ☐ hipertensão materna ☐ pré-eclâmpsia ☐ diabetes gestacional

☐ placenta prévia ☐ bolsa rota ☐ outras: _____

Diagnóstico

☐ prematuridade ☐ cardiopatia congênita ☐ DMH ☐ HPPRN ☐ sespe ☐ pneumonia congênita

☐ aspiração mecônio ☐ hidrocefalia ☐ encefalopatia ☐ HIV ☐ malformação congênita

☐ hemorragia intra-craniana ☐ outros: _____

Exame

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)

☐ ventilação mecânica: pronga nasal _____FiO₂% _____ PEEP (cmH₂O)

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

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

Ausculta pulmonar: _____

Sat O₂: _____ FR _____ FC _____

Tipo secreção VAS / tubo: ☐ purulenta ☐ mucopurulenta ☐ mucóide ☐ ausente

Boletim de Silverman-Andersen: _____ 0 = não há DR 1-5 = DR moderado >5 = DR grave

sincronização tiragem retração esternal BAN gemido

0

1

2



Objetivos: _____

Conduas Fisioterapêuticas: _____

OBS: _____

Avaliador: _____