



CHECK-LIST ATENDIMENTOS FISIOTERAPIA MÃE DE DEUS

Paciente: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

Potencial funcionalidade: _____

| | 1º atendimento _/_/_/ Fisiot: | 7º-13º dia internação _/_/_/ Fisiot: | 14º -20º dia internação _/_/_/ Fisiot: | 21º -27º dia internação _/_/_/ Fisiot: | 28º -34º dia internação _/_/_/ Fisiot: | 35º -40º dia internação _/_/_/ Fisiot: | OBSERVAÇÕES |
|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|-------------|
| Avaliação anexada | | | | | | | |
| Avaliação completa, etiquetada, assinada e carimbada | | | | | | | |
| Registro em prontuário da realização de avaliação | | | | | | | |
| Evolução: data e hora, condições gerais do paciente, condutas discriminadas, carimbo e assinatura do responsável pelo atendimento | | | | | | | |
| Reavaliação semanal | | | | | | | |
| Adoção de protocolo / rotinas | | | | | | | |
| Orientações paciente-família – registradas em prontuário quanto às orientações verbais ou folheto explicativo (material adotado pelo serviço) | | | | | | | |
| Utilização de técnicas que objetivem funcionalidade | | | | | | | |
| Conhecimento sobre patologia, evolução, tratamentos instituídos e prognóstico | | | | | | | |
| Emprego de materiais de suporte durante atendimentos | | | | | | | |
| Aplicação de escala funcional e resultado registrado em prontuário | | | | | | | |
| Nota de alta CTI / UCE para UI | | | | | | | |

C= conformidade; PC= parcialmente conforme; NC= não conformidade; NA= não se aplica