

Avaliação Fisioterapêutica em Pediatria



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Idade: _____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Plano de tratamento

☐ Clínico _____ ☐ Pré-operatório _____ ☐ Pós-operatório _____

Objetivos

☐ Melhora funcional
☐ Manutenção do quadro ☐ Medidas de conforto

Cognição

☐ Sedado ☐ Alerta ☐ Confuso
☐ Comatoso ☐ Confuso ☐ Cooperativo
☐ Não-cooperativo

Exame Físico

Tipo de leito: ☐ incubadora ☐ berço aquecido ☐ berço comum ☐ leito

Tipo de ventilação: ☐ em ar ambiente ☐ O₂ na incubadora _____ % ☐ CN _____ l/min
☐ campânula O₂ _____ l/min ☐ CPAP - nasofaríngeo _____ FiO₂ _____ PEEP (cmH₂O)
pronga nasal _____ FiO₂ _____ PEEP (cmH₂O)
☐ ventilação mecânica
modo ventilatório: _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____
frequência: _____ FiO₂: _____ NO: não ☐ sim ☐

Ausculta pulmonar:

Sinais Vitais Sat O₂: _____ FR _____ FC _____ PA _____

Sinais de esforço ventilatório:

☐ Uso de músculos acessórios ☐ Padrão paradoxal
☐ Batimento da asa do nariz ☐ Distorção local
☐ Presença de tiragens ☐ Ausentes

Tipo secreção VAS / tubo:

☐ não ☐ sim
☐ pequena ☐ grande ☐ mucóide ☐ sanguinolenta
☐ média ☐ ausente ☐ mucopurulenta ☐ fluida
☐ purulenta ☐ espessa

Dispneia:

Avaliação Numérica: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ N/A

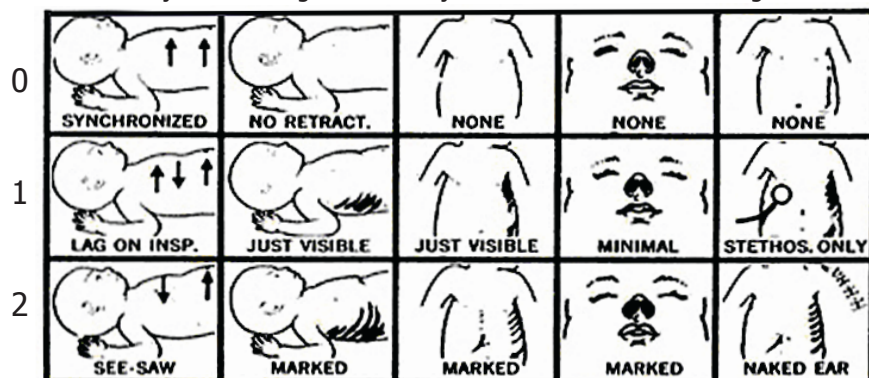
Tosse:

☐ Produtiva ☐ Eficaz
☐ Ausente ☐ Seca ☐ Ineficaz

Boletim de Silverman-Andersen:

(aplicado para a idade <1 ano) 0 = não há DR 1-5 = DR moderado >5 = DR grave

sincronização tiragem retração esternal BAN gemido



Objetivos:

Condutas Fisioterapêuticas:

OBS:

Fisioterapeuta Avaliador: _____