

Avaliação Fisioterapêutica em Neonatologia



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: _____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Plano de tratamento

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

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: _____

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: _____
 frequência: _____ 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	 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

Objetivos: _____

Condutas Fisioterapêuticas: _____

OBS: _____

Alta fisioterapêutica: ____/____/____ Alta hospitalar: ____/____/____ Avaliador: _____

Reavaliação

Data: _____		Data: _____		Data: _____		
Tipo de berço	<input type="checkbox"/> incubadora <input type="checkbox"/> berço aquecido <input type="checkbox"/> berço comum	<input type="checkbox"/> incubadora <input type="checkbox"/> berço aquecido <input type="checkbox"/> berço comum	<input type="checkbox"/> incubadora <input type="checkbox"/> berço aquecido <input type="checkbox"/> berço comum	<input type="checkbox"/> incubadora <input type="checkbox"/> berço aquecido <input type="checkbox"/> berço comum	<input type="checkbox"/> incubadora <input type="checkbox"/> berço aquecido <input type="checkbox"/> berço comum	
Tipo de ventilação	<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O ₂ incubadora _____ % <input type="checkbox"/> CN _____ l/min <input type="checkbox"/> Campânula O ₂ _____ l/min	<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O ₂ incubadora _____ % <input type="checkbox"/> CN _____ l/min <input type="checkbox"/> Campânula O ₂ _____ l/min	<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O ₂ incubadora _____ % <input type="checkbox"/> CN _____ l/min <input type="checkbox"/> Campânula O ₂ _____ l/min	<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O ₂ incubadora _____ % <input type="checkbox"/> CN _____ l/min <input type="checkbox"/> Campânula O ₂ _____ l/min	<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O ₂ incubadora _____ % <input type="checkbox"/> CN _____ l/min <input type="checkbox"/> Campânula O ₂ _____ l/min	
	<input type="checkbox"/> CPAP pronga nasal _____ FiO ₂ % _____ PEEP (cm H ₂ O)	<input type="checkbox"/> CPAP pronga nasal _____ FiO ₂ % _____ PEEP (cm H ₂ O)	<input type="checkbox"/> CPAP pronga nasal _____ FiO ₂ % _____ PEEP (cm H ₂ O)	<input type="checkbox"/> CPAP pronga nasal _____ FiO ₂ % _____ PEEP (cm H ₂ O)	<input type="checkbox"/> CPAP pronga nasal _____ FiO ₂ % _____ PEEP (cm H ₂ O)	<input type="checkbox"/> CPAP pronga nasal _____ FiO ₂ % _____ PEEP (cm H ₂ O)
	<input type="checkbox"/> ventilação mecânica modo ventilatório _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____ frequência: _____ FiO ₂ % _____	<input type="checkbox"/> ventilação mecânica modo ventilatório _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____ frequência: _____ FiO ₂ % _____	<input type="checkbox"/> ventilação mecânica modo ventilatório _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____ frequência: _____ FiO ₂ % _____	<input type="checkbox"/> ventilação mecânica modo ventilatório _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____ frequência: _____ FiO ₂ % _____	<input type="checkbox"/> ventilação mecânica modo ventilatório _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____ frequência: _____ FiO ₂ % _____	<input type="checkbox"/> ventilação mecânica modo ventilatório _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____ frequência: _____ FiO ₂ % _____
NO	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____	
Secreção VAS / tubo	<input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> mucopurulenta <input type="checkbox"/> mucóide <input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> mucopurulenta <input type="checkbox"/> mucóide <input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> mucopurulenta <input type="checkbox"/> mucóide <input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> mucopurulenta <input type="checkbox"/> mucóide <input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> mucopurulenta <input type="checkbox"/> mucóide <input type="checkbox"/> ausente	
Boletim de Silverman-Andersen						
Avaliador: _____		Avaliador: _____		Avaliador: _____		