

# Avaliação Fisioterapêutica em Neonatologia



FISIOTERAPIA HOSPITALAR  
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade Gestacional: \_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

## Pré-natal

Pré-natal:

☐ sim

☐ não

Corticóide antenatal:

☐ sim

☐ não

☐ incompleto

Tipo de gestação:

☐ única

☐ múltipla:

Complicações:

☐ placenta prévia

☐ pré-eclâmpsia

☐ diabetes gestacional

☐ 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 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:

## Condutas Fisioterapêuticas:

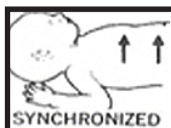
## OBS:

## Boletim de Silverman-Andersen:

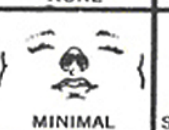
0 = não há DR 1-5 = DR moderado >5 = DR grave

sincronização tiragem retração esternal BAN gemido

0



1



2



Fisioterapeuta Avaliador: