

Treinamento



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Fisioterapeuta treinado:

Horários ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Uniforme ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Telefones de contato ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Sistema ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Evoluções ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Evoluções independentes ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Requisição de fisioterapia ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Requisição de fisioterapia realizada independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Checagem ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Checagem independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro da avaliação no sistema ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro da avaliação no sistema independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro da avaliação nas planilhas ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Justificativa quando o atendimento não é realizado ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro de alta hospitalar / suspensão ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro das trocas de leito ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Rotinas de aspiração vas ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Rotinas de coleta de escarro ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Informação de materias: andadores, muletas, gelo ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Tempo de atendimento ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Rotinas de plantão ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Impressos de informações sobre o serviço (entregues na avaliação) ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Orientações de alta hospitalar - imprimir ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Atendimento do telefone - retornar ligação ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Trocas de turno / plantões ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Impressão de relatórios - avaliações ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____