

Avaliação Fisioterapêutica Córdio-Respiratória



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

☐ medidas de conforto

☐ manutenção do quadro

Cognição

☐ sedado

☐ alerta

☐ cooperativo

☐ comatoso

☐ confuso

☐ não cooperativo

Ventilação

☐ AA

☐ ventilação mecânica

☐ oxigenoterapia: _____ L/min Tipo: _____

modo ventilatório: _____

☐ VNI: _____

PI: _____ Peep: _____

☐ SatO2: _____

FiO2: _____ VAC: _____

Sinais vitais

TAX: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____

Ausculta: _____

Sinais de esforço ventilatório

☐ uso de músculos acessórios

☐ batimento de asa de nariz

☐ presença de tiragens

☐ padrão paradoxal

☐ distorção local

☐ ausentes

Secreções:

☐ não

☐ pequena

☐ mucóide

☐ fluida

☐ sim

☐ média

☐ mucopurulenta

☐ espessa

☐ grande

☐ purulenta

☐ ausente

☐ sanguinolenta

Dispnéia

Avaliação Numérica: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tosse

☐ ausente

☐ produtiva

☐ eficaz

☐ seca

☐ ineficaz

Mobilidade

Trocas de decúbito _____

Transferência do leito para cadeira _____

Ao banheiro _____

Deambulação _____

Escadas _____

7 - Independência completa

6 - Independência modificada

Sem ajuda

5 - Supervisão

4 - Ajuda mínima

3 - Ajuda moderada

2 - Ajuda máxima

1 - Ajuda total

Com ajuda

Sistema circulatório

Classe funcional: _____ Perfusão periférica: ☐ ext. aquecidas

☐ NA

☐ ext. frias

Cianose: ☐ central

☐ periférica

☐ NA

Edema: ☐ ausente

☐ presente

Observações:

Objetivos e Condutas:

Fisioterapeuta Avaliador: _____