



CHECK-LIST ATENDIMENTOS FISIOTERAPIA MÃE DE DEUS

Paciente: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

Potencial funcionalidade: _____

	1º atendimento _/_/_ Fisiot:	7º-13º dia internação _/_/_ Fisiot:	14º -20º dia internação _/_/_ Fisiot:	21º -27º dia internação _/_/_ Fisiot:	28º -34º dia internação _/_/_ Fisiot:	35º -40º dia internação _/_/_ Fisiot:	OBSERVAÇÕES
Avaliação anexada							
Avaliação completa, etiquetada, assinada e carimbada							
Registro em prontuário da realização de avaliação							
Cadastro/Admissão/Checkagem no sistema							
Procedimentos burocráticos							
Evolução: data e hora, condições gerais do paciente, condutas discriminadas, carimbo e assinatura do responsável pelo atendimento.							
Reavaliação semanal							
Adoção de protocolo / rotinas							
Orientações paciente-família – registradas em prontuário quanto às orientações verbais ou folheto explicativo (material adotado pelo serviço)							
Utilização de técnicas que objetivem funcionalidade							
Conhecimento sobre patologia, evolução, tratamentos instituídos e prognóstico							
Comunicação com equipes							
Emprego de materiais de suporte durante atendimentos							
Aplicação de escala funcional e resultado registrado em prontuário							
Nota de alta CTI / UCE para UI- registro de troca de leito no mesmo turno							
Registro AH no sistema							

C= conformidade; PC= parcialmente conforme; NC= não conformidade; NA= não se aplica