

# Avaliação Fisioterapêutica Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica



FISIOTERAPIA HOSPITALAR  
MÃE DE DEUS

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

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

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

## Plano de tratamento

- ☐ Pré-operatório  
☐ Pós-operatório

## Objetivos

- ☐ Melhora funcional  
☐ Manutenção do quadro

## Cognição

- ☐ Alerta  
☐ Sob efeito anestésico  
☐ Confuso  
☐ Cooperativo  
☐ Não-cooperativo

## Ventilação

- ☐ VAA  
☐ Oxigenoterapia \_\_\_\_ L/min Tipo: \_\_\_\_  
☐ VNI: \_\_\_\_  
☐ SatO<sub>2</sub>: \_\_\_\_  
☐ Ventilação mecânica  
Modo ventilatório: \_\_\_\_  
PI: \_\_\_\_ Peep: \_\_\_\_  
FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ VAC: \_\_\_\_

Sinais vitais: TAX: \_\_\_\_ FC: \_\_\_\_ FR: \_\_\_\_ PA: \_\_\_\_

Ausculta pulmonar: \_\_\_\_\_

## Sinais de esforço ventilatório:

- ☐ Uso de músculos acessórios  
☐ Batimento da asa do nariz  
☐ Presença de tiragens  
☐ Padrão paradoxal  
☐ Distorção local  
☐ Ausentes

Paciente tabagista: ☐ Não ☐ Sim

Já realizou espirometria? ☐ Não ☐ Sim

Diagnóstico prévio de apneia do sono: ☐ Não ☐ Sim

Ronca durante o sono: ☐ Não ☐ Sim

Apresenta sonolência diurna: ☐ Não ☐ Sim

Usa CPAP: ☐ Não ☐ Sim

Histórico de TVP ou TEP prévia: ☐ Não ☐ Sim

## Secreções:

- ☐ Não ☐ Pequena ☐ Mucóide ☐ Fluida  
☐ Sim ☐ Média ☐ Mucopurulenta ☐ Espessa  
☐ Grande ☐ Sanguinolenta

## Dispneia – Avaliação Numérica:

- ☐ 0 ☐ 2 ☐ 4 ☐ 6 ☐ 8 ☐ 10  
☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 ☐ NA

## Mobilidade:

Trocas de decúbito \_\_\_\_\_

Transferência do leito para a cadeira \_\_\_\_\_

Ao banheiro \_\_\_\_\_

Deambulação \_\_\_\_\_

Escadas \_\_\_\_\_

Sem ajuda

7- Independência completa

6- Independência modificada

5- Supervisão

Com ajuda

4- Ajuda mínima

3- Ajuda moderada

2- Ajuda máxima

1- Ajuda total

## Tosse:

- ☐ Produtiva ☐ Eficaz  
☐ Ausente ☐ Seca ☐ Ineficaz

## Sistema circulatório:

- Uso de sistema pneumático intermitente: ☐ Sim ☐ Não  
Uso de meias compressivas: ☐ Sim ☐ Não  
Perfusão periférica: ☐ Extremidades aquecidas  
☐ Extremidades frias  
Cianose: ☐ Central ☐ Periférica ☐ NA  
Edema: ☐ Ausente ☐ Presente

## Observações:

## Objetivos e Condutas:

Fisioterapeuta Avaliador: \_\_\_\_\_