

Avaliação Fisioterapêutica Oncológica



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: _____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Plano de tratamento

☐ Clínico _____ ☐ Pré-operatório _____ ☐ Pós-operatório _____

Anamnese

Patologia(s): _____

Metástases: ☐ sem relato ☐ não ☐ sim, qual: _____

Tratamento quimioterápico: ☐ não ☐ sim, início: _____ nº ciclos _____

Tratamento radioterápico: ☐ não ☐ sim, início: _____ nº sessões _____

Tratamento com corticóides: ☐ não ☐ sim

Cirurgias prévias (oncológicas): ☐ não ☐ sim, qual: _____

Dor: ☐ não ☐ sim, grau: _____ local: _____

Edema: ☐ não ☐ sim, local: _____ intensidade: _____

Avaliação respiratória

Ausculta pulmonar: ☐ MV _____ ☐ roncos ☐ sibilos ☐ bolhosos

O₂ adicional: ☐ óculos nasal ☐ cateter nasal ☐ venturi l/min: _____ ☐ NA

Dispneia: ☐ não ☐ sim

Sinais de esforço ventilatório: ☐ uso musc. acessória ☐ batimento asa de nariz ☐ NA

☐ tiragem intercostal ☐ distorção

Tosse: ☐ não ☐ sim ☐ produtiva ☐ improdutiva ☐ eficaz ☐ ineficaz

Aspiração de secreções: ☐ não ☐ pequena ☐ mucóide ☐ fluida

☐ sim ☐ média ☐ mucopurulenta ☐ espessa

☐ grande ☐ purulenta

☐ ausente ☐ sanguinolenta

Avaliação motora / neurológica

ADMs: ☐ preservadas ☐ limitação, qual(ais): _____

Força muscular: ☐ preservadas ☐ diminuição, qual(ais): _____

Coordenação motora: ☐ coordenado ☐ incoordenado, qual(ais): _____

Mobilidade

Trocas de decúbito: _____

Transferência do leito para cadeira: _____

Ao banheiro: _____

Deambulação: _____

Escadas: _____

7 = independência completa

6 = independência modificada

5 = supervisão

4 = ajuda mínima

3 = ajuda moderada

2 = ajuda máxima

1 = ajuda total

Observações:

Objetivos e Condutas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fisioterapeuta Avaliador:

Reavaliações Fisioterapêuticas Oncológicas

Data: ____/____/____ Quimioterapia: _____
Radioterapia: _____
Número de ciclos/sessões: _____
Sinais de esforço ventilatório: ☐ não ☐ sim, qual: _____
Secreção: ☐ não ☐ sim, aspecto: _____ quantidade: _____
Dor: ☐ não ☐ sim, grau: _____ local: _____
Mobilidade: _____
Observações: _____
Avaliador: _____

Data: ____/____/____ Quimioterapia: _____
Radioterapia: _____
Número de ciclos/sessões: _____
Sinais de esforço ventilatório: ☐ não ☐ sim, qual: _____
Secreção: ☐ não ☐ sim, aspecto: _____ quantidade: _____
Dor: ☐ não ☐ sim, grau: _____ local: _____
Mobilidade: _____
Observações: _____
Avaliador: _____

Data: ____/____/____ Quimioterapia: _____
Radioterapia: _____
Número de ciclos/sessões: _____
Sinais de esforço ventilatório: ☐ não ☐ sim, qual: _____
Secreção: ☐ não ☐ sim, aspecto: _____ quantidade: _____
Dor: ☐ não ☐ sim, grau: _____ local: _____
Mobilidade: _____
Observações: _____
Avaliador: _____

Data: ____/____/____ Quimioterapia: _____
Radioterapia: _____
Número de ciclos/sessões: _____
Sinais de esforço ventilatório: ☐ não ☐ sim, qual: _____
Secreção: ☐ não ☐ sim, aspecto: _____ quantidade: _____
Dor: ☐ não ☐ sim, grau: _____ local: _____
Mobilidade: _____
Observações: _____
Avaliador: _____