

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 ☐ Ventilação mecânica
☐ Oxigenoterapia ____ L/min Tipo: ____ Modo ventilatório: ____
☐ VNI: ____ PI: ____ Peep: ____
☐ SatO₂: ____ FiO₂: ____ 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 ☐ Não se aplica

Tosse:

- ☐ Produtiva ☐ Eficaz
☐ Ausente ☐ Seca ☐ Ineficaz

Mobilidade:

Trocas de decúbito _____

Transferência do leito para a cadeira _____

Ao banheiro _____

Deambulação _____

Escadas _____

Sem ajuda

Com ajuda

7- Independência completa

4- Ajuda mínima

6- Independência modificada

3- Ajuda moderada

5- Supervisão

2- Ajuda máxima

1- Ajuda total

Sistema circulatório:

Uso de sistema pneumático intermitente: ☐ Sim ☐ Não

Uso de meias compressivas: ☐ Sim ☐ Não

Perfusão periférica: ☐ Extremidades aquecidas

☐ Extremidades frias

Cianose: ☐ Central ☐ Periférica ☐ Não se aplica

Edema: ☐ Ausente ☐ Presente

Observações:

Objetivos e Condutas:

Fisioterapeuta Avaliador: _____