

# Avaliação Fisioterapêutica Oncológica



FISIOTERAPIA HOSPITALAR  
MÃE DE DEUS

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

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

Idade: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

## Anamnese

Patologia(s): \_\_\_\_\_

☐ Metástases: ☐ não ☐ sim, qual: \_\_\_\_\_

☐ Tratamento quimioterápico: ☐ não ☐ sim, início: \_\_\_\_\_

☐ Tratamento radioterápico: ☐ não ☐ sim, início: \_\_\_\_\_

☐ 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

☐ O<sub>2</sub> adicional: ☐ óculos nasal ☐ cateter nasal ☐ venturi l/min: \_\_\_\_\_

☐ Dispnéia: ☐ não ☐ sim

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

☐ ☐ tiragem intercostal ☐ distorção

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

☐ Aspiração de secreções: ☐ não ☐ sim, aspecto: \_\_\_\_\_ ☐ quantidade: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

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: