

Treinamento



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Fisioterapeuta treinado:

Horários ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Uniforme ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Telefones de contato ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Sistema ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Evoluções ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Evoluções independentes ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Requisição de fisioterapia ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Requisição de fisioterapia realizada independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Checagem ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Checagem independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro da avaliação no sistema ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro da avaliação no sistema independente ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Escrever a frequência dos atendimentos 1 ou 2 vezes junto ao diagnóstico

☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Quando finalizar o atendimento e o motivo for suspensão ou óbito, escrever junto ao diagnóstico

☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro de alta hospitalar / suspensão ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Registro das trocas de leito ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Rotinas de aspiração vas ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Rotinas de coleta de escarro ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Informação de materias: andadores, gelo ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Tempo de atendimento ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Rotinas de plantão ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Impressos de informações sobre o serviço (entregues na avaliação) ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Orientações de alta hospitalar - imprimir ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Atendimento do telefone - retornar ligação ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Realizar os agendamentos dos pacientes (dias de semana e plantões) ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Impressão de relatórios - avaliações ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Plano assistencial ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____

Apresentação de POTS, protocolos e informações sobre o serviço (o fisioterapeuta treinado deve ter acesso à intranet e visualizar todos os arquivos) ☐ Sim ☐ Não Fisioterapeuta: _____