

Avaliação PO Cirurgia Cardíaca



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

1. Nome do paciente: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: ☐ M ☐ F
4. Diagnóstico médico: _____
5. Data da Avaliação: ____/____/____

5. Identificação cirurgia

1. ☐ CRM
2. ☐ Valvuloplastia
3. ☐ Aneurisma: _____
4. ☐ Outra: _____

6. Cirurgias prévias

1. ☐ Cardíaca
2. ☐ Não cardíaca

7. Ventilação

1. ☐ Tempo de ventilação mecânica: _____
2. ☐ Tempo de CEC: _____

8. Avaliação pulmonar

1. ☐ Derrame pleural
2. ☐ Atelectasias
3. ☐ Pneumotórax
4. ☐ Nenhuma das alternativas
5. ☐ Elevação hemi cúpula diafragmática
6. ☐ Mais de 1 alterantiva: _____

9. Esforço ventilatório

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

10. Mobilidade

1. ☐ Passiva
2. ☐ Assistida
3. ☐ Ativa

11. Perfusão periférica

1. ☐ Extremidades aquecidas
2. ☐ Extremidades frias

12. Edema

1. ☐ Ausente
2. ☐ Presente

13. Manovacuometria

1. PI = _____
2. PE = _____ Data da avaliação: ____/____/____

13. Tempo de internação: _____