

Avaliação Fisioterapêutica Cárdio-Respiratória



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: _____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Plano de tratamento

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

Objetivos

☐ melhora funcional ☐ medidas de conforto ☐ manutenção do quadro

Cognição

☐ sedado ☐ alerta ☐ cooperativo
☐ comatoso ☐ confuso ☐ não cooperativo

Ventilação

☐ AA ☐ ventilação mecânica
☐ oxigenoterapia: _____ L/min Tipo: _____ modo ventilatório: _____
☐ VNI: _____ PI: _____ Peep: _____
☐ SatO₂: _____ FiO₂: _____ VAC: _____

Sinais vitais

TAX: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____

Ausulta: _____

Sinais de esforço ventilatório

☐ uso de músculos acessórios
☐ batimento de asa de nariz
☐ presença de tiragens
☐ padrão paradoxal
☐ distorção local
☐ ausentes

Secreções:

☐ não ☐ pequena ☐ mucóide ☐ fluida
☐ sim ☐ média ☐ mucopurulenta ☐ espessa
☐ grande ☐ purulenta
☐ ausente ☐ sanguinolenta

Dispnéia

Avaliação Numérica: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tosse

☐ ausente ☐ produtiva ☐ eficaz
☐ seca ☐ ineficaz

Mobilidade

Trocas de decúbito _____
Transferência do leito para cadeira _____
Ao banheiro _____
Deambulação _____
Escadas _____

7 - Independência completa
6 - Independência modificada Sem ajuda
5 - Supervisão
4 - Ajuda mínima
3 - Ajuda moderada Com ajuda
2 - Ajuda máxima
1 - Ajuda total

Sistema circulatório

Classe funcional: _____ Perfusão periférica: ☐ ext. aquecidas ☐ ext. frias ☐ NA
Cianose: ☐ central ☐ periférica ☐ NA
Edema: ☐ ausente ☐ presente

Objetivos e Condutas

Fisioterapeuta Avaliador: _____