

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

Auscul ta pulmonar: ☐ MV _____ ☐ roncos ☐ sibilos ☐ bolhosos

O₂ adicional: ☐ óculos nasal ☐ cateter nasal ☐ ar ambiente ☐ venturi l/min: _____

Dispnéia: ☐ não ☐ sim

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

☐ 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: