

Avaliação Fisioterapêutica em Neonatologia



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

Nome do paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Idade: ____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____

Pré-natal

Pré-natal:

☐ sim

☐ não

Corticóide antenatal:

☐ sim

☐ não

☐ incompleto

Tipo de gestação:

☐ única

☐ múltipla:

Complicações:

☐ hipertensão materna

☐ pré-eclâmpsia

☐ diabetes gestacional

☐ placenta prévia

☐ bolsa rota

☐ outras:

Exame Físico

Tipo de leito:

☐ incubadora

☐ berço aquecido

☐ berço comum

Tipo de ventilação:

☐ em ar ambiente

☐ O2 na incubadora _____ %

☐ CN _____ l/min

☐ campânula O2 _____ l/min

☐ CPAP - nasofaríngeo _____ FiO2% _____ PEEP (cmH2O)

pronga nasal _____ FiO2% _____ PEEP (cmH2O)

☐ ventilação mecânica

modo ventilatório: _____ PIP: _____ PEEP: _____ amplitude: _____

freqüência: _____ FiO2: _____ NO: não ☐ sim ☐

Ausculta pulmonar:

Sinais Vitais Sat O2: _____ FR _____ FC _____

Tipo secreção VAS / tubo:

☐ não

☐ pequena

☐ mucóide

☐ fluida

☐ sim

☐ média

☐ mucopurulenta

☐ espessa

☐ grande

☐ purulenta

☐ ausente

☐ sanguinolenta

Objetivos: _____

Conduas Fisioterapêuticas:

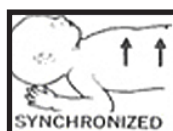
OBS: _____

Boletim de Silverman-Andersen:

0 = não há DR 1-5 = DR moderado >5 = DR grave

sincronização tiragem retração esternal BAN gemido

0



1



2



Fisioterapeuta Avaliador: