**RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA**

| **Paciente: ~~Kawan Freitas da Rosa Silva~~** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idade: 2a** | **Sexo: ( x ) M ( ) F** | **Início Home Care: março 2024** | | **Convênio: Unimed** |
| **Endereço: Avenida das Flores 46- apt 03, Âncora Rio das ostras** | | | | |
| **Telefone: 22 997765368** | | | **Horas Enfermagem: ( x) 24h +Vm ( )24h ( )12h ( )6h**  **( ) PP ( ) AD** | |
| **Nome do Profissional: ~~Alinie Menezes de Paula~~** | | | **Frequência Atual da sua Visita: ~~2x ao dia 2, 7x por semana.~~** | |
| **Período de Atendimento: 01 a 31/10/2024** | | | | |

**Relatório:**

| ( ) Avaliação Inicial | ( X) Periódico | (X) Prorrogação |
| --- | --- | --- |
| ( ) Alta | ( ) Solicitação Insumos/Equipamentos | ( ) Outros |

| **Quadro Inicial: O menor encontra-se bem adaptado a prótese ventilatória, mantendo-se estável, sem suporte de O2, normocorado, taquicardico, sem apresentar esforço respiratório, em geral eupneico, com AP presente com roncos discretos predominante em HTE, pouca expansibilidade torácica. Na parte motora o menor encontra-se pouco ativo no leito, sem controle de tronco e cabeça, possui reflexo de moro exacerbado, flexão palmar, rotação interna de coxa e interna de pés.** |
| --- |
| **Evolução: Na parte respiratória trabalho de reexpansao pulmonar com manobras compressivas, alongando de esterno, surgimento de fluxo respiratório, manobras desobstrutivas como vibrocompressão.**  **Na parte motora, alongamento global, mobilização articular passiva, treino de sentar, treino de sustentação de pescoço, treino em quarto apoios.** |
| **Resultados atingidos no último período, próximos objetivos e previsão de alta:**  Sustentação de pescoço e tronco por alguns segundos, pouca instabilidade hemodinâmica no momento e permanecia de posturas, diminuição de secreção pulmonar, melhora dia parâmetros de saturação, mantendo FR estável e dentro dos pais de normalidade. |

Macaé, 10 de Outubro de 2024

**~~OBRIGATÓRIO~~** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Profissional Responsável pelo atendimento