



HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

RUA PELOTAS, 133 - CENTRO - NAVIRAÍ-MS



AVALIAÇÃO FISIOTERAPIA HOSPITALAR

Data da Avaliação ____/____/____ Enfermaria/Leito: _____
 Data da internação ____/____/____ Nº Prontuário: _____
 Diagnóstico Clínico: _____ Médico: _____

() Respiratória () Motora () Neurológica

Identificação:

Nome: _____
 Sexo: _____ Idade: _____

Anamnese:

HDA: _____

Inspeção: _____

Nível de Consciência: () Acordado () Sonolento () Torporoso () Comatoso

PA: _____ FC: _____ FR: _____

AP: _____ Tº _____

() Cianose () Edema () Escara Local: _____

Tipo Respiratório () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradpneico

Padrão Respiratório: () Torácico/costal () Diafragmático/Abdominal () Misto

() Paradoxal () Tiragem () BAN () M. Acessória

Tosse: () Presente () Ausente () Improdutiva () Produtiva

() Sem Expectoração () Com Expectoração () C/Expec. Deglutida

Aspecto da Secreção: () Mucóide () Purulenta () Mucipurulenta () Hemoptise

Expansibilidade Torácica: () Simétrica () Assimétrica _____

Drenos: () Sim () Não _____ Lado: () D () E

Oxigenioterapia: () Cateter Nasal () Máscara () Outras _____ l/min SpO² _____

Quadro Motor () Com Déficit () Sem Déficit

Tônus: () Normotônico () Hipotônico () Hipertônico

Trofismo: () Normotrófico () Hipotrofismo () Hipertrofismo

ADM: _____

FM: _____

AVD's: () Independente () Semi-dependente () Dependente

AF's: () Apto Ortostase () Apto a Deambulação () Restrito ao Leito () Restrito ao Decúbito

Trauma/Fratura: Tipo: _____ Local: _____

Imobilização: _____ Osteossíntese: _____

Exames Complementares: _____

Outras Patologias/Problemas: _____

Objetivos e Conduas Fisioterapêuticas: _____

