



Hospital Mário Kroeff  
FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DATA DE NASC: \_\_\_\_\_ GÊNERO: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
 END. RESID: \_\_\_\_\_ END. COM: \_\_\_\_\_

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL \_\_\_\_\_

HISTÓRIA SOCIAL  TABAGISMO  ETILISMO  SEDENTARISMO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL/CIRURGIA \_\_\_\_\_

HISTÓRICO DE PATOLOGIA PREGRESSA

DM	HAS	DPOC	DISLIPIDEMIA	DAOP	IRC	OBESIDADE	DAC	DVP	AVC	OUTROS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTÓRIA FAMILIAR \_\_\_\_\_

TRATAMENTOS REALIZADOS \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO FC BPM FR IPM PA X MMHG SpO<sup>2</sup> %(AA) SpO<sup>2</sup> %O<sup>2</sup> TAX. °C

INSPEÇÃO CIANOSE  ICTERÍCIA  EDEMA  LINFEDEMA  OUTROS  DEFORM.

PERIMETRIA EM ANEXO  SIM  NÃO QUADRO NEUROLÓGICO  
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA - GLASGOW (AO RV RM) OU NÍVEL DE SEDAÇÃO - RASS

VIA AÉREA  SEM VAA -  AR AMBIENTE -  OXIGENOTERAPIA (\_\_\_ L/MIN) -  TOT (N° \_\_\_/CL \_\_\_) -  TQT (N° \_\_\_)  
 VENTILADOR \_\_\_\_\_ - MODO VENTILAÇÃO MECÂNICA \_\_\_\_\_

PARAMETROS DETERMINADOS

PC/PS	VC	PEEP	TI	FLUXO	FR	FIO <sup>2</sup>
CMH <sup>2</sup> O	ML	CMH <sup>2</sup> O	S	L/MIN	IPM	

DADOS VENTILATÓRIOS DO PACIENTE

PMÁX	VC	VM	I:E	ASSINCRONIA <input type="checkbox"/>
CMH <sup>2</sup> O	ML	L/MIN		

NOVA GSA

PH	PACO <sup>2</sup>	PAO <sup>2</sup>	HCO <sup>3</sup>	BE	SAO <sup>2</sup>	LAC	PAO <sup>2</sup> /FIO <sup>2</sup>

AUSCUTA PULMONAR \_\_\_\_\_

TOSSE  EFICAZ -  INEFICAZ -  PRODUTIVA -  IMPRODUTIVA - SECREÇÃO PULMONAR: \_\_\_\_\_

DRENOS  MEDIASTÍNICO ( OSCILANTE -  SEM FUGA)  PLEURAL \_\_\_\_\_ ( OSCILANTE -  SEM FUGA) OBS: \_\_\_\_\_

DOR \_\_\_\_\_ AMPLITUDE MUSCULAR:  ACM GLOBAL  =AIM (LOCAL \_\_\_\_\_)

CONIOMETRIA  SIM  NÃO FORÇA MUSCULAR MSD GRAU MSE GRAU MID GRAU MIE GRAU

CAPACIDADE FUNCIONAL  INDEPENDENTE  PARCIALMENTE DEPENDENTE  TOTALMENTE DEPENDENTE - OBS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES

( / / ) \_\_\_\_\_

( / / ) \_\_\_\_\_

( / / ) \_\_\_\_\_

FISIOTERAPEUTA

DATA