

DOCUMENTO FISIOTERAPIA

Nº PRONTUÁRIO: _____

FISIODIAGNÓSTICO	PROG.	PLANO TERAPÊUTICO	OBJETIVO	MÉTODO	ATEND. DIÁRIOS DURANTE A INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> HIPOVENTILAÇÃO ALVEOLAR	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	EXPANSÃO PULMONAR	MELHOR VENTILAÇÃO ALVEOLAR	<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA DE INCENTIVO <input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> ESFORÇO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA	REDUZIR ESFORÇO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> FRAQUEZA MUSCULAR RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	FORTALECIMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO	MELHORAR FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> THRESHOLD IMT <input type="checkbox"/> PEP BUCAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> FRAQUEZA MUSCULAR RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	DESOBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA	DESOBSTRUIR VIAS AÉREAS SUPERIORES E INFERIORES	<input type="checkbox"/> FLUTTER <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> AVAS <input type="checkbox"/> AVAA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER OXIGENAÇÃO ADEQUADA (HIPOXEMIA)	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	OXIGENOTERAPIA	MELHORAR OXIGENAÇÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> CATETER O ² _____ <input type="checkbox"/> MINBZ _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE PARA VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	MONITORIZAÇÃO E AJUSTE NA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	BOA ADAPTAÇÃO À VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO VMI <input type="checkbox"/> AJUSTE DA VMI <input type="checkbox"/> DESNANE DA VMI <input type="checkbox"/> EXTUBAÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> FRAQUEZA MUSCULAR AXIAL E/OU APENDICULAR	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	FORTALECIMENTO MUSCULAR AXIAL E/OU APENDICULAR	MELHORAR FORÇA MUSCULAR AXIAL E OU APENDICULAR	<input type="checkbox"/> CNT MOTORA <input type="checkbox"/> EXERCÍCIOS FUNCIONAIS	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> FUNCIONALIDADE PRESERVADA	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> FPT	MANUTENÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA E PULMONAR	EVITAR COMPLICAÇÕES MOTORAS E RESPIRATÓRIAS	<input type="checkbox"/> CNT MOTORA ATIVA <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA DE INCENTIVO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> OUTROS					

DATA _____/_____/_____

FISIOTERAPEUTA: _____