



Santa Casa de Misericórdia de Barbacena
Unidade de Terapia Intensiva – Neonatal
Ficha de Admissão Fisioterapêutica

DADOS PESSOAIS

Leito: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome da Mãe : _____

Idade Materna: _____ anos N° de Gestações: _____ Aborto: _____ Filhos vivos : _____

Doença Previa: _____

Contexto Infecioso: () sim () não Prenatal: () sim, quantas consultas: _____ () não

Nome do Rn: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

IGE: _____ IGC: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Cor: _____

Apgar: 1° min.: _____ 5° min.: _____ Reanimação na Sala de Parto: () sim () não

Pediatra na Sala de Parto: () sim () não Pediatra no transporte: () sim () não

Procedência : _____ Transportado : _____

Plantonista Fisioterapeuta: _____ Medico: _____

Diagnostico: _____

Motivo da Admissão – HDA: _____

Observações: _____

EXAME FISICO

Sinais Vitais : FC: _____ bpm FR: _____ inc/min SatPO₂: _____ Tax: _____ ° C

Escore de Downes: _____ Índice de Silverman - Andersen: _____ Escore CRIB: _____

Cianose : _____ Edema: _____

Fraturas: _____ Luxações: _____

Má formações: _____

AVALIAÇÃO RESPIRATORIA

Dispneia: Sim () Não () Tipo: _____ Tipo de Tórax: _____

Padrão Ventilatorio: _____ Ritmo Respiratório: _____

Expansibilidade: _____ Deformidades: _____

Simetria Torácica: _____ Percussão Torácica : _____

Sincronismo Tórax Abdômen: _____ Tiragem Intercostal: _____

Retração Xifóide: _____ Batimento de Aleta Nasal: _____

Gemido Expiratório: _____ Retração Diafragmática: _____

Tosse: _____ Enfisema Subcutâneo: Sim () Não ()

Secreção: _____

Ausculta Respiratória : _____

Imagem Radiológica: _____

DADOS GASOMÉTRICOS

pH _____ (7,35 a 7,45) - PaO₂ _____ (80 a 100 mmHg) - PaCO₂ _____ (35 a 45 mmHg)

HCO₃ _____ (22 a 26 molEq) - BE _____ (+2 a -2) Resultado: _____

SUPORTE VENTILATORIO

Oxigenioterapia: _____ Fluxo: _____ FiO₂: _____

Vent. Não Invasiva: CPAP N () Pronga: _____ Fluxo: _____ Peep: _____ FiO₂: _____

Ventilador Mecânico: Modelo: _____

Vent. Mecânica: Modo: _____ TOT () TNT () Numero: _____ Altura da Fixação : _____

Parâmetros: PIP: _____ FR: _____ Fluxo: _____ Peep: _____ FiO₂ : _____

TI: _____ I:E: _____ SatPO₂: _____ Umidificador: _____ Temp Umidificador: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência: _____

Pupilas: _____ Face: _____

Mobilidade: Ativa () Passiva () Reflexos Adequados : sim () não ()

Tônus Muscular: _____

ADM: _____ Sensibilidade: _____

Outras Informações: _____

Índice Silverman – Andersen

Pontos	Sincronismo Tórax Abdômen	Tiragem Intercostal	Retração Xifoide	Batimento de Aleta Nasal	Gemido Expiratório
<u>0</u>	Sincrônico	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
<u>1</u>	Assincronismo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Com Estetoscópio
<u>2</u>	Assincronismo Acentuado	Acentuado	Acentuado	Acentuado	Sem Estetoscópio

Valores > 5 = Dificuldade Respiratória Significativa

Escore de Downes

Sinal Clínico	0	1	2
Cianose	Ausente	Presente em ar ambiente	Presente em FiO₂ 40%
Retrações	Ausente	Leve	Moderada / Grave
Gemido	Ausente	Audível com Estetoscópio	Audível sem Estetoscópio
Entrada de Ar	Adequada	Diminuída	Pouco Audível
Frequência Respiratória	< 60	60 a 80	> 80 ou Apneia

> 4 = Dificuldade Respiratória
 > 7 = Insuficiência Respiratória

ATENDIMENTO INICIAL

Barbacena, _____ de _____ de _____ as _____ : _____ horas.

Fisioterapeuta