

CHECK LIST DE FISIOTERAPIA

NOME:
HD:
Idade:

LEITO:
AD:

PESO P:

ALTURA (cm):

V6:

V7:

V8:

DIURNO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Gasometria																																
PH																																
PCO2																																
PaO2																																
HCO3																																
B.E																																
SpO2																																
FIO2:																																
I.O																																
PAV																																
Cuff																																
Filtro																																
T.R.E																																
VM																																
IOT																																
Extubação																																
Reintubação																																
CONDUTA																																
F.R																																
F.M																																
Assinatura																																

NOTURNO

Gasometria																															
PH																															
PCO2																															
PaO2																															
HCO3																															
B.E																															
SpO2																															
FIO2:																															
I.O																															
PAV																															
Cuff																															
Filtro																															
T.R.E																															
CONDUTA																															
F.R																															
F.M																															
Assinatura																															

ANOTAÇÕES