

**FICHA DE TRIAGEM E ESTRATIFICAÇÃO HOSPITALAR:
FISIOTERAPIA**

NOME: _____ LEITO: _____
 DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____
 PRONTUÁRIO: _____ SETOR: _____
 DATA DE INTERNAÇÃO: _____ DATA DA TRIAGEM: _____

DIAGNÓSTICOS: _____

SINAIS VITAIS

FC (bpm):	PA (mmHg):	SatO2%:	FR (irpm):
Dor:			

1. NÍVEL DE CONSIÊNCIA: _____

2. ESCALA DE MOBILIDADE : IMS

0	Nada (deitado no leito)	6	Marcha estacionária à beira leito
1	Sentado no leito, exercícios no leito	7	Deambula com auxílio de 2 ou mais pessoas
2	Transferido passivamente para cadeira	8	Deambula com auxílio de 1 pessoa
3	Senta-se a beira leito	9	Deambula independente com dispositivo de marcha
4	Ortostase	10	Deambula independente sem dispositivo de marcha
5	Transfere-se do leito a cadeira		

3. ESCALA DE FUNCIONALIDADE: FSS

Segmento específico: _____

Atividade específica: _____

0	Incapaz de realizar a atividade	4	Mínima assistência (realiza ≥75% da atividade)
1	Completa dependência	5	Apenas supervisão
2	Máxima assistência (realiza ≤25% da atividade)	6	Independência com adaptações
3	Moderada assistência (realiza 26%-74% da atividade)	7	Completa independência

4. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Tosse	Não ()	Eficaz ()	Ineficaz()	Produtiva ()	Seca ()
Oxigenoterapia	Não ()	Sim()	L/min:		
VNI	Não ()	Sim()			
VMI	Não ()	Sim()			
TQT	Não ()	Sim()			
Sinais de desconforto respiratório:	Não ()	Sim ()	Se sim, qual(is)?		

ESTRATIFICAÇÃO DE DEMANDAS FISIOTERAPÊUTICAS

VERMELHO	()	AMARELO	()	VERDE	()
<ul style="list-style-type: none"> Admissão no setor IMS ≤3 VMI ou VNI Atividade específica com FSS ≤2 Sinais de desconforto respiratório Tosse ineficaz TQT em oxigenoterapia 		<ul style="list-style-type: none"> IMS 4 a 7 Atividade específica com FSS 3 ou 4 Oxigenoterapia TQT 		<ul style="list-style-type: none"> IMS ≥7 Ventilação espontânea 	
Atendimento prioritário; Atendimento por turno de 6 horas; Vigilância contínua; Reavaliar em até 6 horas.		Atendimento diário; Vigilância por turno; Reavaliar em até 24 horas.		Atendimento não prioritário; Vigilância diária; Reavaliar em até 48 horas.	

FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL :

DATA E HORA: