Unimed Fortaleza	EVOLUÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA	COD: FOR.002.ASS.FON.LAR DATA: 11/02/2022 VERSÃO: 03

IDENTIFICAÇAO

NOME DO PACIENTE COMPLETO:	DATA DE NASCIMENTO: / /

DATA DA VISITA: / /

SITUAÇAO CLINICA

***VIA DE ALIMENTAÇAO** ( ) VIA ORAL ( ) GTT ( ) SNE ( ) VIA MISTA ***DESMAME DE VAA** ( ) SIM ( ) NAO
***POSTURA** ( ) SENTADO ( ) DECUBITO DORSAL ELEVADO ( ) CABECEIRA NÃO ELEVADA
***HIGIENE ORAL:** ( ) ADEQUADA ( ) INADEQUADA ***SECRETIVO:** ( ) SIM ( ) NÃO ***SIALORRÉICO:** ( ) SIM ( ) NÃO
***USO DE MEDIDAS XEROSTÔMICAS:** ( )SIM QUAL:_____ ( ) NÃO
***ADESÃO PACIENTE/FAMÍLIA/CUIDADOR** ( )SIM ( )NÃO
***ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS/ESTRATÉGIAS PARA EVITAR BRONCOASPIRAÇÃO** ( ) SIM ( ) NÃO

OBSERVAÇÕES:

CONDUTA:

DATA DA VISITA: / /

SITUAÇÃO CLINICA

***VIA DE ALIMENTAÇAO** ( ) VIA ORAL ( ) GTT ( ) SNE ( ) VIA MISTA ***DESMAME DE VAA** ( ) SIM ( ) NAO
***POSTURA** ( ) SENTADO ( ) DECUBITO DORSAL ELEVADO ( ) CABECEIRA NÃO ELEVADA
***HIGIENE ORAL:** ( ) ADEQUADA ( ) INADEQUADA ***SECRETIVO:** ( ) SIM ( ) NÃO ***SIALORRÉICO:** ( ) SIM ( ) NÃO
***USO DE MEDIDAS XEROSTÔMICAS:** ( )SIM QUAL:_____ ( ) NÃO
***ADESÃO PACIENTE/FAMÍLIA/CUIDADOR** ( )SIM ( )NÃO
***ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS/ESTRATÉGIAS PARA EVITAR BRONCOASPIRAÇÃO** ( ) SIM ( ) NÃO

OBSERVAÇÕES:

CONDUTA:

DATA DA VISITA: / /

SITUAÇÃO CLINICA

***VIA DE ALIMENTAÇAO** ( ) VIA ORAL ( ) GTT ( ) SNE ( ) VIA MISTA ***DESMAME DE VAA** ( ) SIM ( ) NAO
***POSTURA** ( ) SENTADO ( ) DECUBITO DORSAL ELEVADO ( ) CABECEIRA NÃO ELEVADA
***HIGIENE ORAL:** ( ) ADEQUADA ( ) INADEQUADA ***SECRETIVO:** ( ) SIM ( ) NÃO ***SIALORRÉICO:** ( ) SIM ( ) NÃO
***USO DE MEDIDAS XEROSTÔMICAS:** ( )SIM QUAL:_____ ( ) NÃO
***ADESÃO PACIENTE/FAMÍLIA/CUIDADOR** ( )SIM ( )NÃO
***ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS/ESTRATÉGIAS PARA EVITAR BRONCOASPIRAÇÃO** ( ) SIM ( ) NÃO

OBSERVAÇÕES:

CONDUTA:

DATA DA VISITA: / /

SITUAÇÃO CLINICA

***VIA DE ALIMENTAÇÃO** ( ) VIA ORAL ( ) GTT ( ) SNE ( ) VIA MISTA ***DESMAME DE VAA** ( ) SIM ( ) NÃO
***POSTURA** ( ) SENTADO ( ) DECUBITO DORSAL ELEVADO ( ) CABECEIRA NÃO ELEVADA
***HIGIENE ORAL:** ( ) ADEQUADA ( ) INADEQUADA ***SECRETIVO:** ( ) SIM ( ) NÃO ***SIALORRÉICO:** ( ) SIM ( ) NÃO
***USO DE MEDIDAS XEROSTÔMICAS:** ( )SIM QUAL:_____ ( ) NÃO
***ADESÃO PACIENTE/FAMÍLIA/CUIDADOR** ( )SIM ( )NÃO
***ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS/ESTRATÉGIAS PARA EVITAR BRONCOASPIRAÇÃO** ( ) SIM ( ) NÃO

OBSERVAÇÕES:

CONDUTA:

DATA DA VISITA: / /

SITUAÇÃO CLINICA

***VIA DE ALIMENTAÇÃO** ( ) VIA ORAL ( ) GTT ( ) SNE ( ) VIA MISTA ***DESMAME DE VAA** ( ) SIM ( ) NÃO
***POSTURA** ( ) SENTADO ( ) DECUBITO DORSAL ELEVADO ( ) CABECEIRA NÃO ELEVADA
***HIGIENE ORAL:** ( ) ADEQUADA ( ) INADEQUADA ***SECRETIVO:** ( ) SIM ( ) NÃO ***SIALORRÉICO:** ( ) SIM ( ) NÃO
***USO DE MEDIDAS XEROSTÔMICAS:** ( )SIM QUAL:_____ ( ) NÃO
***ADESÃO PACIENTE/FAMÍLIA/CUIDADOR** ( )SIM ( )NÃO
***ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS/ESTRATÉGIAS PARA EVITAR BRONCOASPIRAÇÃO** ( ) SIM ( ) NÃO

OBSERVAÇÕES:

CONDUTA:

_____

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL