EVALUATION FORM (English Version)

NAME:_____
BED: _____ AGE: _____ SEX: _____
DIAGNOSIS:_____
_____
HOSPITAL ADMISSION DATE: _____
ICU ADMISSION DATE: _____
IOT DATE: _____ HIGH DATE (outcome): _____
EXTUBATION DATE: _____ RE-IOT: _____ TQT: _____
SUCCESS IN EXTUBATION: YES () NO () REASON: _____
MECHANICAL VENTILATION TIME: _____
SEDATION: _____ RASS: _____
LEVEL OF AWARENESS: _____
HEART RATE: _____ RESPIRATORY FREQUENCY: _____
BLOOD PRESSURE: _____ SpO2: _____
VENTILATORY PARAMETERS
MODE:_____ VOLUME/PRESSURE: _____
TINS: _____ PEEP: _____ FIO2: _____
VARIABLES
PImax: _____ PEmax: _____ PFE: _____
NOTES:_____
_____

FICHA DE AVALIAÇÃO

NOME:_____
LEITO: _____ IDADE:_____SEXO:_____
DIAGNÓSTICO:_____
_____
DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR:_____
DATA DE ADMISSÃO UTI:_____
DATA DA IOT:_____**DATA DA ALTA(desfecho):**_____
DATA EXTUBAÇÃO:_____**RE-IOT:**_____**TQT:**_____
SUCESSO NA EXTUBAÇÂO: SIM ( ) NÃO( ) MOTIVO:_____
TEMPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA:_____

AVALIAÇÃO: (____/____/____)

SEDAÇÃO:_____**RASS:**_____**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**_____

FC:_____**FR:**_____**PA:**_____**SpO_2:**_____

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS:

Modo:_____**Vol/Pressão:**_____ **FR:**_____**Tins:**_____**PEEP:**_____ **FiO_2:**_____

VARIÁVEIS:

PImáx:_____**PEmáx:**_____ **PFE:**_____

OBSERVAÇÕES:_____

_____