

**Sistema de Gestão da Qualidade  
CHECK LIST DE EXTUBAÇÃO - FISIOTERAPIA**



Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Observação:** MARCAR UMA OPÇÃO OU A OUTRA / CASO MARQUE ALGUMA DAS OPÇÕES O CHECK LIST ENCERRA AQUI.

**CHECK LIST DE EXTUBAÇÃO – FISIOTERAPIA**

EXTUBAÇÃO ACIDENTAL: ( ) SIM ( ) NÃO

EXTUBAÇÃO PALIATIVA: ( ) SIM ( ) NÃO

ITEM	STATUS
Reversibilidade parcial ou total da causa de IOT?	( ) SIM ( ) NÃO
Nível de consciência: Glasgow > 9T	( ) SIM ( ) NÃO
Estabilidade hemodinâmica? FC<120 PAM estável / Sem DVA's ou baixas doses.	( ) SIM ( ) NÃO
Hemoglobina > 8g/dl	( ) SIM ( ) NÃO
Controle de infecção e temperatura < 38°C?	( ) SIM ( ) NÃO
Desordens metabólicas e eletrolíticas corrigidas? Eletrólitos com valores aceitáveis?	( ) SIM ( ) NÃO
Trocas gasosas adequadas? PaO2 >60mmHg / FiO2 <40% / PEEP < 8 / PaO2/FiO2 > 200.	( ) SIM ( ) NÃO
Avaliação da tosse: Efetiva?	( ) SIM ( ) NÃO
Imagem radiológica favorável a extubação?	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de programação cirúrgica para as próximas 48 horas?	( ) SIM ( ) NÃO
Cuff leak teste foi realizado?	( ) SIM ( ) NÃO
Realizado TRE?	( ) SIM ( ) NÃO
Como foi realizado o TRE?	( ) PSV ( ) Tubo T
Resultado do TRE	( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO

DATA DA EXTUBAÇÃO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORÁRIO DA EXTUBAÇÃO: \_\_\_\_ h: \_\_\_\_ m

MÉDICO (A) DE PLANTÃO: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO (A) : \_\_\_\_\_

FISIOTERAPEUTA: \_\_\_\_\_

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 146-00 p. 1/1	Prontuário do paciente	Dentro do prontuário / Paciente e/ou colaboradores envolvidos no processo	Número de prontuário e/ou nome do paciente	Permanente	Não aplicável