

	CHECKLIST DE TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (T R E)	Versão 03
Identificação do Paciente		
Paciente: _____		Cole a Etiqueta aqui
Data de Nascimento: ____/____/____		
Leito: _____	Setor: _____	
Data do Teste: ____/____/____		
Diagnóstico		
Diagnóstico de Internação: _____		
Causa da Insuficiência Respiratória: _____		
Tempo de Tubo Orotraqueal: _____ Nº TOT: _____		
Assinale com o X		
Liberação para T R E	() Sim	() Não
Resolução da causa da IRpA	() Sim	() Não
Responde 2 comandos	() Sim	() Não
PSV	() Sim	() Não
PO2/FIO2 > 250	() Sim	() Não
Balanço Hídrico negativo	() Sim	() Não
Sem alteração gasométrica importante	() Sim	() Não
Melhora radiológica	() Sim	() Não
Sem cirurgia programada em 48 horas	() Sim	() Não
Melhora Laboratorial	() Sim	() Não
ÍNICIO DO T R E	INTERRUPÇÃO (Descreva o motivo)	
PSV		
PEEP		
FIO2		
VC		
FR		
SpO2		
PA		
GSA		
IND. TOBIM		
Cuff Leak Test () Positivo () Negativo		
Tosse Eficaz: () Sim () Não		
Resultado Final		
() EOT	() Reavaliação em 24h	() Sugerir TQT
Hora: ____:____	Motivo:	Motivo:
ReTOT em 48 horas () Sim () Não	Motivo:	Data: ____/____/____
Assinatura do Fisioterapeuta		
FOR.FIS.01.FEV.2025.V03		