

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Nº -
A A (não preencher)

Nome completo do candidato

GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA (Preenchimento pelo médico do interessado)

1 – CLASSIFICAÇÃO

Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:

1ª - [] Dependência completa

Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

2ª - [] Dependência assistida

Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

3ª - [] Independente

Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.

4ª - [] Marcha fisiológica

Consegue andar apenas com o auxílio de barras paralelas ou com assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.

5ª - [] Marcha domiciliar

Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.

6ª - [] Marcha comunitária

Consegue andar em ambientes da comunidade com ou sem o auxílio de muletas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para longas distâncias.

7ª - [] Marcha comunitária ampliada

Consegue andar em ambientes da comunidade com o auxílio de muletas ou assistência de outra pessoa. Não necessita de cadeira de rodas.

8ª - [] Marcha independente

Consegue andar em ambientes da comunidade sem o auxílio de muletas ou assistência de outra pessoa. Não necessita de cadeira de rodas.

2 – CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE PARA LOCOMOÇÃO

1ª [] Progressiva

2ª [] Estável ou permanente

3ª [] Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após _____ meses.

3 – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

O paciente necessita de acompanhante [] Sim [] Não

4 – EQUIPAMENTO UTILIZADO PELO PACIENTE

1º [] Cadeira de rodas dobrável

3º [] Carrinho dobrável

2º [] Cadeira de rodas não dobrável

4º [] Carrinho não dobrável

5º [] Não utiliza

6º [] Outros = Especificar _____

5 – CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA TRANSPORTE

- Pode ser transportado no colo Pode ser transportado em assento comum de passageiro
 Pode ser transportado somente em cadeira ou carrinho de rodas

6 – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Especificar _____ CID _____

7 - FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS

Considerar outras deficiências ou condições que, associadas à deficiência física, agravam a condição de locomoção. Assinale os fatores em que o paciente se enquadre.

1° - Distúrbios do comportamento

Agitação Agressividade Comportamento autista = Piora mobilidade Sim Não

2° - Deficiência sensorial

Visual – Bilateral > 80% de perda
 Auditiva – Bilateral grave/profunda } Piora mobilidade Sim Não

3° - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

Leve Moderada Grave Profunda = Piora mobilidade - Sim Não

4° - Outras enfermidades

Cardiopatía, epilepsia, etc. Especificar: _____
Piora mobilidade Sim Não

8 – MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO

Nome: _____ CRM nº _____

Local de atendimento: _____

Endereço: _____ nº _____

Telefone: _____ Data de atendimento: ____ de _____ de _____

Carimbo (legível) e assinatura do médico

ATENÇÃO

As informações solicitadas nos quadros 1 a 6 devem ser prestadas em caráter obrigatório e, sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído.

Para Uso do Posto de Atendimento/Instituição/Unidade de Ensino/AMA

Ficha de avaliação devolvida em _____ de _____ de _____.

Recebida por: _____

Nome legível do Atendente

Assinatura