

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Nº -
AA (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