

## FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

<b>Nº -</b>
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:
<b>1ª - [ ] Dependência completa</b> Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.
<b>2ª - [ ] Dependência assistida</b> Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.
<b>3ª - [ ] Independente</b> Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.
<b>4ª - [ ] Marcha fisiológica</b> Consegue andar apenas com o auxílio de barras paralelas ou com assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.
<b>5ª - [ ] Marcha domiciliar</b> Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.
<b>6ª - [ ] Marcha comunitária</b> 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.
<b>7ª - [ ] Marcha comunitária ampliada</b> Consegue andar em ambientes da comunidade com o auxílio de muletas ou assistência de outra pessoa. Não necessita de cadeira de rodas.
<b>8ª - [ ] Marcha independente</b> 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
<b>1ª [ ]</b> Progressiva
<b>2ª [ ]</b> Estável ou permanente
<b>3ª [ ]</b> 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	
<b>1º [ ]</b> Cadeira de rodas dobrável	<b>3º [ ]</b> Carrinho dobrável
<b>2º [ ]</b> Cadeira de rodas não dobrável	<b>4º [ ]</b> Carrinho não dobrável
<b>5º [ ]</b> Não utiliza	<b>6º [ ]</b> 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