



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

D.E. São Bernardo do Campo – Unidade Escolar

RA _____	Nome do Aluno: _____
Série: _____	Idade: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: _____

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

I – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Especificar _____ CID _____

II - 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.

III – CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE PARA LOCOMOÇÃO

1ª [] Progressiva

2ª [] Estável ou permanente

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

IV – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

O paciente necessita de acompanhante Sim Não

V – EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE

1° Cadeira de rodas dobrável 3° Carrinho dobrável
2° Cadeira de rodas não dobrável 4° Carrinho não dobrável
5° Não utiliza 6° Outros = Especificar _____

VI – CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA TRANSPORTE

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

VII – FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS

NÃO PRESENTE
 PRESENTE (preencher abaixo).
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 – S N

2° - Deficiência sensorial

Visual – Bilateral > 80% de perda → Piora mobilidade – S N
 Auditiva – Bilateral grave/profunda → Piora mobilidade – S N

3° - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

Leve Moderada Grave Profunda → Piora mobilidade – S N

4° - Outras enfermidades (Ex. Cardiopatia, epilepsia, etc.)

Especificar: _____ → Piora mobilidade – S N

VIII – 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 I a VIII devem ser prestadas em caráter obrigatório e, sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído.

Para Uso da Diretoria de Ensino

Ficha de avaliação devolvida em _____ de _____ de _____.

Recebida por:

Nome legível do Atendente

Assinatura