**FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA**

|  |
| --- |
| **D.E.: Região Santo André****Unidade Escolar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **RA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Série:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nome do Aluno:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****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. |

|  |
| --- |
| **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 |