**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 |