



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

DE: CARAPICUÍBA	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:

- 1º **Dependência completa**
Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.
- 2º **Dependência assistida**
Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.
- 3º **Independente**
Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.
- 4º **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.
- 5º **Marcha domiciliar**
Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.
- 6º **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.
- 7º **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.
- 8º **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

1º { } Cadeira de rodas dobrável 3º { } Carrinho dobrável
2º { } Cadeira de rodas não dobrável 4º { } Carrinho não dobrável
5º { } Não utiliza 6º { } 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.

1º - Distúrbios do comportamento

{ } Agitação { } Agressividade { } Comportamento Autista → Piora mobilidade - { } S { } N

2º - Deficiência sensorial

{ } Visual — Bilateral > 80% de perda → Piora mobilidade - { } S { } N
{ } Auditiva — Bilateral grave/profunda → Piora mobilidade { } S { } N

3º - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

{ } Leve { } Moderada { } Grave { } Profunda → Piora mobilidade { } S { } N

4º - 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.

IX - PROTOCOLO DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO (U.E.)

Ficha de avaliação devolvida em _____ de _____ de _____.

Nome legível do Atendente

Assinatura