**FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA**

|  |
| --- |
| **D.E.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Unidade Escolar**\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **RA: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Série:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nome do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

**PREENCHIMENTO MÉDICO**

|  |
| --- |
| **I – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL** |
| **Especificar** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CID** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **II - CLASSIFICAÇÃO** |
| Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:**1ª - [ ] Cadeirante Dependência completa** Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.**2ª - [ ] Cadeirante Dependência assistida** Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer  transferências.**3ª - [ ] Cadeirante Independente** Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências. **4ª - [ ] 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.**5ª - [ ] 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 – GRAU DE EVOLUÇÃO** |
| **1ª [ ]** Progressiva**2ª [ ]** Estável ou permanente**3ª [ ]** Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_meses. |

|  |
| --- |
| **IV – 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **V – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE** |
| O paciente necessita de acompanhante no transporte, além do monitor já disponível?  **[   ]**Sim  **[   ]**Não     |

Ficha Modelo 2022

|  |
| --- |
| **V I– FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS** |
| **[ ] NÃO PRESENTE****[ ] PRESENTE** (preencher abaixo).Considerar outras deficiências ou condições que, associadas à deficiência, 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 |

|  |
| --- |
| **VII – DECLARAÇÃO MÉDICA**  |
| **1 –** Diante das respostas dadas, manifeste um parecer sobre a necessidade do atendimento de transporte adaptado.Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local de atendimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de atendimento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo (legível) e assinatura do médico** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATENÇÃO** | As informações solicitadas nos **quadros I a VI** são obrigatórias sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído. |

|  |
| --- |
| **Para Uso da Diretoria de Ensino:** Recebida em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome legível do Atendente Assinatura |