**FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA**

|  |
| --- |
| **D.E.:** Região de São Roque |
| **Unidade Escolar.:**  |

|  |
| --- |
| **Nome do Aluno.:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****RA.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento.:**  / /\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATENÇÃO** | As informações solicitadas nos **quadros I a VII** são para fins de fornecimento do serviço de transporte escolar gratuito para aluno matriculado em unidade escolar estadual no trajeto residência – escola. Portanto, o preenchimento completo é essencial, sem as quais o processo de inscrição não poderá ser concluído. |

**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°[ ]** Não utiliza **4°[ ]** Carrinho dobrável**2°[ ]** Cadeira de rodas dobrável **5°[ ]** Carrinho não dobrável**3°[ ]** Cadeira de rodas não dobrável **6°[ ]** Outros = Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **V – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE** |
| O paciente necessita de acompanhante no transporte, além do monitor já disponível?  **[   ]**Sim  **[   ]**Não **Obs.: Em todo veículo terá a presença de um monitor.** |

|  |
| --- |
| **VI – FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS** |
| **[ ] NÃO PRESENTE****[ ] PRESENTE** (preencher quadro abaixo).Considerar outras deficiências ou condições que, associadas à deficiência, agravam a condição de mobilidade, locomoção e autonomia. 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 🡺 **[ ]** Auditiva – Bilateral grave/profunda 🡺  | Piora mobilidade – **[ ]**S **[ ]** NPiora 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**  |
| Diante das respostas dadas, manifeste um parecer sobre a necessidade do serviço de transporte escolar gratuito, com base no grau de comprometimento quanto a mobilidade, locomoção e autonomia.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local de atendimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de atendimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e carimbo do médico responsável pela avaliação e preenchimento do formulário |