



FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - CLASSIFICAÇÃO (Assinale a classificação na qual o paciente se enquadre)

2 – NOME COMPLETO DO PACIENTE: _____

3 – RG DO USUÁRIO: _____ CPF: _____

Dependência total de cadeira de rodas ou de carrinho

Necessita de cadeira de rodas ou carrinho em todos os ambientes da comunidade, impulsionando ou sendo impulsionado por outra pessoa.

Dependência parcial de cadeira de rodas ou de carrinho

Consegue andar nos ambientes da comunidade com o auxílio de barras paralelas, muletas ou assistência de outra pessoa e necessita de cadeira de rodas ou de carrinho para maiores distâncias.

Não tem dependência de cadeiras de rodas ou de carrinho em nenhum momento

Consegue andar nos ambientes da comunidade com ou sem auxílio de barras, muletas ou assistência de outra pessoa e não necessita de cadeiras ou carrinho em nenhum momento para se locomover.

4- Condição atual da incapacidade para locomoção (preencher somente uma opção)

Progressiva.

Estável ou permanente.

Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica..... após meses.

5- Equipamento utilizado pelo paciente (preencher somente uma opção)

Cadeira de rodas dobrável.

Cadeira de rodas não dobrável.

Carrinho dobrável.

Carrinho não dobrável.

Necessita, mas não tem cadeira ou carrinho.

Outros – Especificar

6–Diagnóstico principal

Especificar.....CID.....

7 - Fatores agravantes associados

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 Sim Não

2º - Deficiência sensorial

Visual-Bilateral > 80% de perda
 Auditiva-Bilateral grave/profunda
Piora mobilidade Sim Não

3º - Deficiência intelectual (mental) ou déficit cognitivo adquirido

Piora mobilidade Sim Não

4º - Outras enfermidades

Cardiopatia, epilepsia e etc. Especificar.....
Piora mobilidade Sim Não

8 - Médico responsável pela avaliação

Nome:..... CRM n°

Local de atendimento:.....

Endereço :.....n°.....

Telefone:..... Data de atendimento:.....de.....de.....

Carimbo e assinatura do médico

ATENÇÃO

As informações solicitadas nos quadros 1 a 7 devem ser prestadas em **caráter obrigatório** em as quais o processo de inscrição não pode ser concluído.

Para uso do posto de atendimento CMTO

Ficha de avaliação devolvida em.....de.....de.....

Recebida por :

Nome do atendente.....Assinatura do atendente.....