

Ficha de Avaliação Médica (FAM)

Para uso do Atende

Edição: JULHO/2011

SERVIÇO ATENDE

É destinado, exclusivamente, às pessoas com deficiência física com comprometimento severo da mobilidade, associada ou não a outra deficiência, as quais tenham vínculo à cadeira de rodas.

Nome completo do candidato:

RG do candidato:

CPF do candidato:

Telefone p/ contato:

CID / DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (que caracteriza a deficiência física):

CID :

GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA

Obs.: Não serão contempladas com o transporte as pessoas com as doenças: IRC, Diabetes, Câncer, Aids, Obesidade Mórbida, bem como, com deficiências mentais, visuais e auditivas, se não estiverem associadas à deficiência motora com comprometimento severo da mobilidade.

1 – Classificação (Assinale a classificação na qual o paciente se enquadre)

1ª. **Dependência total de cadeira de rodas ou de carrinho**

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

2ª. **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.

3ª. **Não tem dependência de cadeira de rodas ou de carrinho em nenhum momento**

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

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

1ª Progressiva

2ª Estável ou permanente

3ª Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após _____ meses.

3 – Necessidade de acompanhante durante o transporte (preencher somente uma opção)

O paciente necessita de acompanhante Sim Não

4 - Equipamento utilizado pelo paciente

Obs.: 1. Cadeira de Rodas própria é condição para o transporte do usuário do ATENDE

2. O Serviço Atende não transporta na condição “deitado” (maca)

Possui Cadeira de Rodas ou Carrinho Sim Não

Tipo:

1° Cadeira de rodas dobrável

2° Cadeira de rodas não dobrável

3° Carrinho dobrável

4° Carrinho não dobrável

5° Necessita mas não tem cadeira ou carrinho

6° Outros – Especificar : _____

5 - Condições exigidas para transporte/acomodação na Van (preencher somente uma opção)

- Deve ser transportado no colo do acompanhante
- Deve ser transportado em assento comum de passageiro
- Deve ser transportado **somente** em cadeira de rodas ou carrinho

6- 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.

1° - Distúrbios do comportamento

- Agitação Agressividade Comportamento autista

Piora mobilidade Sim Não

2° - Deficiência sensorial

- Visual-Bilateral > 80% de perda

- Auditiva-Bilateral grave/profunda

Piora mobilidade Sim Não

3° - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

- Leve Moderada Grave Profunda

Piora mobilidade Sim Não

4° - Outras enfermidades

Cardiopatía, epilepsia, etc. Especificar:

Piora mobilidade Sim Não

7 – Dados do Médico responsável pela avaliação

Nome: _____ CRM nº _____

Local de atendimento: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ nº _____

Data do preenchimento desta ficha: _____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico

ATENÇÃO As informações solicitadas nos quadros 1 a 7 (exceto o item 6 – Fatores agravantes associados) devem ser prestadas em **caráter obrigatório** sem as quais o processo de inscrição não pode ser concluído.

Para uso do Posto de Atendimento SPTrans

Ficha de avaliação devolvida no Posto de _____ em ____/____/____.

Recebida por: _____

Nome legível do Atendente

Assinatura do Atendente