



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA DEFICIÊNCIA FÍSICA

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:	Data de Nascimento: ____/____/____	NºCartão Nacional do SUS
Sexo () Masculino () Feminino	Cuidador () Familiar () Amigo () Contratado Nome Cuidador:	
Endereço:		Telefone Celular:
Bairro: Cidade:		Telefone Residencial:
Médico Solicitante:		Contato:
Diagnóstico Clínico:		CID:
UBS:		Telefone da UBS:

2) DADOS CLÍNICOS

Histórico da Doença:	
Tratamentos Realizados:	
Complicações relacionadas ao quadro:	
Exames complementares Realizados: (anexar cópias)	
Medicamentos Utilizados:	
Tipo de Lesão	
Lesado Medular:	() Paraplegia () Tetraplegia
Traumatismo Crâneo Encefálico (TCE)	() Hemiplegia () Tetraplegia () Outro: _____
Acidente Vascular Cerebral (AVE) () Isquêmico () Hemorrágico	() Hemiplegia D () Hemiplegia E
Amputação	() Membro: _____ () Nível: _____
Outro tipos de lesões (descrição):	



Estomias:	<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia
-----------	---

3) ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA)

Presença de escaras: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local/ região corporal:
<input type="checkbox"/> Controla urina e fezes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Estabelece comunicação coerente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Paciente independente para transferências e mobilidade	
<input type="checkbox"/> Paciente parcialmente dependente para transferências e mobilidade	
<input type="checkbox"/> Paciente dependente para transferências e mobilidade	

4) Necessidades Domiciliares: Uso de recursos/ Órteses

Sistema Respiratório	Sistema Circulatório	Sistema Gastrointestinal	Sistemas Vesical/Intestinal
<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico	<input type="checkbox"/> Gastro/Jejuno	<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> com irrigação <input type="checkbox"/> Sem irrigação
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Colostomia
<input type="checkbox"/> O2 contínuo	<input type="checkbox"/> Portocath	Dieta	Necessidade Domiciliares
<input type="checkbox"/> O2 S/N		<input type="checkbox"/> VO exclusiva	<input type="checkbox"/> Cama Hospitalar
		<input type="checkbox"/> VO/enteral	<input type="checkbox"/> Torpedo de Oxigênio
		<input type="checkbox"/> Enteral exclusiva	<input type="checkbox"/> Aspirador

Local, data, assinatura e carimbo do profissional