

• FICHA DO MÉDICO ASSISTENTE

1 Médico Assistente

Nome			
Especialidade			
Instituição			
Morada			
Telefones para contacto			

2 Utente

Nome			
Idade		Data de nascimento	___/___/___ (dd/mm/aa)
Peso		Altura	
Sistema de Saúde		N.º Beneficiário	

3 Caracterização Geral

Diagnóstico	
Etiologia	

Doenças com risco de contágio	
-------------------------------	--

Alergias	
----------	--

Boletim de vacinas em dia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque...
----------------------------	------------------------------	---

Alterações:	↓
Circulatórias	Tensão arterial: min. ___ max. ___
Comportamentais	
Comunicação	
Coordenação	
Equilíbrio	
Respiratórias	

Sensibilidade	
Tónus muscular	
Urinárias	
Auditivas	
Visuais	
Perceptivos	
Vestibulares	

Epilepsia/convulsões?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Medicação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual e dosagem?	
Recomendações em caso de crise	

Desmaios	
-----------------	--

Hidrocefalia	
---------------------	--

Desvios na coluna vertebral	
------------------------------------	--

Processos degenerativos	
--------------------------------	--

Tecnologias de apoio	
-----------------------------	--

Outras medicações?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quais e dosagens?	
Recomendações em caso de crise	

Anotações complementares	
---------------------------------	--

4 Situações de Risco

<input type="checkbox"/> Dor	
<input type="checkbox"/> Graves alterações vestibulares	
<input type="checkbox"/> Graves desvios na coluna vertebral (Escoliose $\geq 30^\circ$)	
<input type="checkbox"/> Lesões Vertebro-Medulares Classificação segundo a escala ASIA	Tipo de Lesão: _____ Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Nível neurológico da lesão: sensitivo _____ motor _____ Extensão da Fixação Cirúrgica: _____
<input type="checkbox"/> Grave instabilidade cervical (Atlas-Axis)	
<input type="checkbox"/> Intervenções cirúrgicas	
<input type="checkbox"/> Luxação ou sub-luxação da anca	
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Situações clínicas não controladas (epilepsia, estudos sobre a patologia e sua etiologia, e outras)	
<input type="checkbox"/> Situações inflamatórias	

Anotações complementares

5 Validação da proposta

Venho por este meio propor o/a _____ para aulas de Equitação com fins Terapêuticos sob a orientação da equipe técnica responsável por esta actividade, à qual compete a definição do acesso e programa de equitação adequado.

Ass.: _____

Data: ____/____/____

Vinheta do médico

- A preencher pelos serviços da APCL	Inscrição N.º	
Recebido por	Em	____/____/____