

• FICHA DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO

| | | | |
|------------------------|--|------------------------------------|---|
| 1 Utente | | | |
| Nome | | | |
| Idade | | Data de nascimento | ___/___/___ (dd/mm/aa) |
| Instituição | | | |
| Morada | | | |
| Regime de apoio | <input type="checkbox"/> Semi-internato | <input type="checkbox"/> Internato | <input type="checkbox"/> Ap. domiciliário |
| | <input type="checkbox"/> Outro regime _____ | | |
| Outros apoios? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Especifique: | |

2 Equipe de Reabilitação

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Nome para contacto | | | |
| Telefones para contacto | | | |

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------|--|
| Equipe: | | | |
| Psicólogo | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nome | |
| Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nome | |
| Terapeuta Ocupacional | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nome | |
| Terapeuta da Fala | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nome | |
| Técnico de Serviço Social | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nome | |
| Educador/Professor | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nome | |

| | |
|-----------------|----------------------|
| Médicos: | |
| Nome | Especialidade |
| | |
| | |
| | |

3 Caracterização Geral

3.1. MOBILIDADE:

É autónomo na marcha? Sim Não

| | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de marcha | Qual? | | |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Eléctrica | É autónomo na utilização da cadeira? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Anotações complementares

3.2. COMUNICAÇÃO:

Verbal É perceptível?

Sistema alternativo Qual?

Anotações complementares

3.3. DESEMPENHO MOTOR:

Tónus muscular

- Hipertónico
 Hipotónico
 Variável

Anotações complementares

Padrões Posturais

| | |
|--------------------------------|---|
| Controlo postural | ☼ Cabeça _____ ☼ Tronco _____ |
| Padrão postural sentado | ☼ Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> ☼ Equilíbrio _____ |
| Padrão postural em pé | ☼ Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> ☼ Equilíbrio _____ |

É Objectivo Terapêutico?

Sim Não

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Padrões de Movimento | | MAU | RAZOÁVEL | BOM | É Objectivo Terapêutico? | |
|--|---|---|--|---|---------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Sim | Não |
| Coordenação motora em actividade | global | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. sup. direito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. sup. esquerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. inf. direito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. inf. esquerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auto-controlo motor | global | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. sup. direito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. sup. esquerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. inf. direito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | m. inf. esquerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade de dissociar | cabeça/tronco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. escapular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. pélvica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade no cruzamento da linha média | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Controlo óculo motor | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Membro superior funcional | <input type="checkbox"/> Ambos os m. superiores | <input type="checkbox"/> M. superior direito | <input type="checkbox"/> M. superior esquerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tem integração bilateral dos dois hemicorpos? | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tem lateralidade definida? | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Planeamento motor | ☼ Compreende o movimento? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ☼ Executa o movimento? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alterações de amplitude de abdução da anca | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Ambos os m. inferiores | <input type="checkbox"/> M. inferior direito | <input type="checkbox"/> M. inferior esquerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Não | Observações | | | | |

Anotações complementares:

3.4. DESEMPENHO COGNITIVO:

| | MAU | RAZOÁVEL | BOM | É objectivo terapêutico? | |
|--|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Sim | Não |
| Orientação no espaço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade de resolução de problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade aprendizagem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Memória | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Concentração | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tempos de atenção | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compreende uma ordem simples? | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compreende uma tarefa simples? (Sequência de 1 a 2 ordens) | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compreende uma tarefa complexa? (Sequência de 3 ou mais ordens) | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empenho na tarefa | <input type="checkbox"/> Inicia a tarefa, mas não conclui | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Inicia e conclui a tarefa? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anotações complementares:

3.5. DESEMPENHO PSICO-SOCIAL:

| | É Objectivo Terapêutico? | |
|--|---|--------------------------|
| | Sim | Não |
| Capacidade de adaptação a novas situações? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dependência emocional? | <input type="checkbox"/> Família: <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> |
| Estabilidade comportamental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auto-estima? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tolerância à frustração? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivação na execução de tarefas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anotações complementares:

4

Expectativa em relação à frequência da actividade de Equitação com fins Terapêuticos:

5 Formalização da Proposta

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

P^o Equipe de Reabilitação,

Ass.: _____ **Data:** ____/____/____

Função: _____ **Contacto:** _____

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