

• 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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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	☼ Inicia a tarefa, mas não conclui		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<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	____/____/____