

PERNAMBUCO CONDUZ

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA



É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO

FINALIDADE E RESPONSABILIDADES

Descrição do Programa:

O Programa Pernambuco Conduz é um serviço de atendimento especial gratuito, que será realizado através de busca domiciliar em pontos de embarque pré-determinados, que disponibiliza veículos adaptados e acessíveis para o transporte confortável e seguro das pessoas com deficiências com comprometimento severo da mobilidade e que não apresentem condições de se locomover com autonomia nos demais meios de transportes coletivos.

O uso do serviço será para atividades contínuas, em locais de tratamento de saúde restritos a estabelecimento de tratamentos e reabilitação em unidades de referência e clínicas credenciadas.

Abrangência:

A origem (Residência) do candidato e o destino das viagens (instituições de atendimento) deverão se localizar exclusivamente na Região Metropolitana do Recife.

Central de Atendimento (Dúvidas e Inscrição):

A Central de Atendimento do Programa funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 19:00, através do número: 0800-281-0312 ou pelo endereço eletrônico: <http://www.peconduz.pe.gov.br>

Responsabilidade nas Informações Prestadas:

Sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante), que as declarações contidas nesta ficha de avaliação médica correspondem à verdade.

1 IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:

NOME:

--	--

CPF:

RG:

DATA DE NASCIMENTO:

--	--	--

TELEFONE FIXO (DDD):

TELEFONE CELULAR (DDD):

ESTADO CIVIL:

--	--	--

2 GRAU DE COMPROMETIMENTO - AUTONOMIA: (preencher somente um dos campos)

Dependência **total** de cadeira de rodas.
Utiliza cadeira de rodas em todos os ambientes

Dependência **parcial** de cadeira de rodas.
Consegue andar nos ambientes com auxílio de barras paralelas, muletas ou assistência de outra pessoa.
Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.

Não utiliza cadeira de rodas.

Necessita, mas não utiliza cadeira de rodas.

3 CONDIÇÃO ATUAL DO COMPROMETIMENTO DA MOBILIDADE: (preencher somente um dos campos)

Progressiva Permanente

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

4 NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE: (preencher somente um dos campos)

O paciente necessita de Acompanhante Sim Não

5 EQUIPAMENTO UTILIZADO PELO PACIENTE PARA LOCOMOÇÃO:

Cadeira de rodas dobrável Carrinho não dobrável
 Cadeira de rodas não dobrável Necessita mas não tem Cadeira
 Carrinho dobrável Outros - Especificar: _____

6 FATORES QUE ASSOCIADOS À DEFICIÊNCIA FÍSICA AGRAVAM A CONDIÇÃO DE LOCOMOÇÃO:

Distúrbios de comportamento:	Piora mobilidade:	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/> Agitação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressividade		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comportamento autista		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência sensorial:	Piora mobilidade:	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/> Visual- Bilateral > 80% de perda		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auditiva - Bilateral grave/profunda		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido:	Piora mobilidade:	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/> Leve		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Profunda		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras enfermidades	Piora mobilidade:	SIM	NÃO
Cardiopatia, epilepsia, etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar: _____			

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	CID:
------------------------	------

7

NÚMERO DE SESSÕES / PERÍODO DE TRATAMENTO:

Abaixo de 6 meses

Acima de 6 meses

11 PARA USO DA SES:

Ficha de Avaliação Médica recebida em:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recebido por:

Nome

Parecer:

Responsável pelo parecer:

Assinatura