

Ficha de Atendimento Individual completa.

007.059.133



Estado de Mato Grosso PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA Secretaria Municipal de Saúde

CENTRO DE REABILITAÇÃO

Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: M [] F [] CPF: _____
Profissional: _____ Área: _____
Nome da Mãe: _____ Naturalidade: _____
Código da Patologia (ver tabela): _____ Código do Procedimento (ver tabela): _____

GRAU DE INSTRUÇÃO

| | |
|-------------------------------|--|
| Sem instrução | |
| Educação Infantil | |
| Ensino Fundamental Completo | |
| Ensino Fundamental Incompleto | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Ensino Médio Completo | |
| Ensino Médio Incompleto | |
| Técnico/Superior Completo | |
| Técnico/Superior Incompleto | |

CAUSA DA DOENÇA

| | |
|-----------------------------|--|
| Doença Congênita / Nacional | |
| Doença Infecciosa | |
| Doença Crônica Degenerativa | |
| Ferimento Por Arma de Fogo | |

| | |
|---------------------------|--|
| Ferimento Por Arma Branca | |
| Acidente de Trânsito | |
| Acidente de Trabalho | |
| Acidente Doméstico | |

| | |
|--|--|
| Lesões Auto-Provoadas Voluntariamente* | |
| Afogamento/Submersão Acidental** | |
| Outras Causas Externas*** | |
| Outras | |

*Tentativa de Suicídio. - **Inclusive Lesões provocadas por mergulho. - ***Choque Elétrico, Radiações, Quedas, Queimaduras (ocasionadas por agentes físicos e químicos)

ENCAMINHADO POR

| | |
|--|--|
| Enc. Serviço Urgência/Emergência | |
| Encaminhado Por Hospital | |
| Enc. Hospital Com Leito Reabilitação | |
| Enc. Por Outros Serviços de Reabilitação | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Enc. Ambulatório Especializado | |
| Enc. Ambulatório Básico ou PSF | |
| Demanda Espontânea | |
| Outras | |

TEMPO DA DOENÇA

| | |
|------------------|--|
| Até 01 mês | |
| De 01 a 03 meses | |
| De 03 a 06 meses | |

| | |
|----------------------|--|
| De 06 meses a 01 ano | |
| De 01 ano a 02 anos | |
| Acima de 02 anos | |

☐ SIM
☐ NÃO

CONCESSÃO DE ÓRTESE

| | |
|-------------------------------|--|
| Tipo de Ajuda Técnica | |
| Órtese | |
| Prótese | |
| Meios Auxiliares de Locomoção | |

TEMPO DE TRATAMENTO (Até data de entrega do ROA)

| | |
|-------------------|--|
| Até 30 dias | |
| De 30 a 60 dias | |
| De 60 a 90 dias | |
| De 90 a 120 dias | |
| De 120 a 150 dias | |
| De 150 a 180 dias | |
| Acima de 180 dias | |

ALTA PARA (se for o caso)

| | |
|--|--|
| Retorno Para a Escola | |
| Retorno Para o Trabalho - Mesma Atividade | |
| Retorno para o Trabalho - Atividade Adaptada | |
| Sem Condições de Atividades Laborais | |
| Atividades Domiciliares | |
| Não Corresponde - Não Estuda - Não Trabalha | |
| Sem Condições de Informar | |

TIPO DE ATENDIMENTO/ATIVIDADE

| | |
|---|--|
| Atendimento Ambulatorial | |
| Atendimento Hospitalar | |
| Atendimento Domiciliar | |
| Palestras - Educação e Saúde | |
| Deteção Precoce (Externas à Instituição)*** | |
| Reuniões Interdisciplinares** | |

*** Alunos, Escolas, Creches. - ** PSF/PACS/CAPS

TIPO DE ALTA

| | |
|---------------------------------|--|
| Sem Condições de Alta | |
| Independente | |
| Alta Por Abandono de Tratamento | |
| Dependente | |
| Independente Com Ajuda Técnica | |
| Encaminhado Para Outro Serviço | |
| Óbito | |

SEQUELA DE ACIDENTE DE TRABALHO

| | |
|-------------------------------|--|
| Amputação MMSS | |
| Amputação MMII | |
| Lesão Central | |
| Lesão Periférica MMSS | |
| Lesão Periférica MMII | |
| Lesão Auditiva | |
| Lesão Visual | |
| Sequelas cardiorrespiratórias | |
| Lesões Maxilo-faciais | |
| Lesão Coluna Vertebral | |