



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO INTEGRAL DOM AQUINO CORRÊA - CRIDAC

AVALIAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA OU TERAPEUTA OCUPACIONAL - CONCESSÃO DE CADEIRA DE RODAS

Nome:..... Idade:.....

• Diagnóstico: CID:

• Controle cervical: () Sim () Não

() Extensão () Extensão com forte retração () Flexão lateral () Flexão () Rotação
 () Extensão com rotação

• Controle de tronco: () sim () Não

() Cifose () Escoliose () Rotação () Extensão

• Quadril: Luxação () Unilateral () Bilateral

() Adução e Rotação Interna () Abdução e Rotação e Externa () Flexão Excessiva

() Extensão Excessiva

• Uso de aparelhos, órteses e próteses:

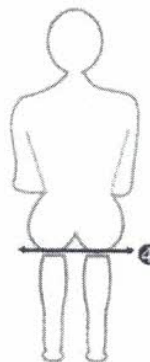
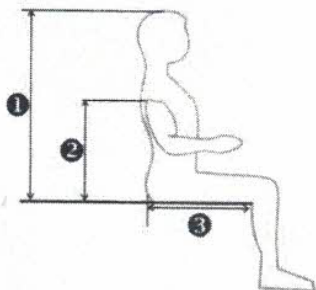
• Medidas: Peso Altura

① Altura do alto da cabeça (apoio de cabeça)

② Altura dos ombros (altura do encosto)

③ Comprimento nádegas – dobra interna do joelho (profundidade do assento).....

④ Largura dos quadris – (determinar a largura dos assentos)



Obs.: O
paciente
sentado por
sobre a fita
métrica.

PARECER TÉCNICO

...../...../.....

Local e data

..... Tel-(.....)..... -

Assinatura / Carimbo / Telefone do Profissional que avaliou

Espaço reservado para o CRIDAC

Cadeira

() Hemiplégica () Tetraplégica () Paraplégica - Tamanho:..... () Adulto () Infantil



Rua Joaquim Murtinho, 1556 - CEP 78020-830 - Bairro Porto - Cuiabá - MT
 Fone/Fax: (65) 3613-1900/3613-1951
 cridac@ses.mt.gov.br - www.saude.mt.gov.br/cridac

