

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### 1- DADOS DO AVALIADO

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Etiologia: \_\_\_\_\_  
Tipo Sangüíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

### 2- DADOS DO AVALIADOR

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
É seu paciente habitual? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

#### I- ASPECTOS GERAIS

#### O PACIENTE TEM:

- |                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 1. Lesão cerebral?      | Sim( ) Não( ) |
| 2. Distúrbio muscular?  | Sim( ) Não( ) |
| 3. Distúrbio de marcha? | Sim( ) Não( ) |
| 4. Epilepsia?           | Sim( ) Não( ) |
| 5. Déficit cognitivo?   | Sim( ) Não( ) |
| 6. Linguagem oral?      | Sim( ) Não( ) |
| 7. Déficit cognitivo?   | Sim( ) Não( ) |

#### II - ALTERAÇÕES

Indique as alterações que correspondem ao seu paciente, de acordo com sua resposta nos itens anteriores.

#### 1. LESÃO CEREBRAL POR:

isquemia( ) hemorragia( ) tumor( ) malformação( ) TCE( )

#### 2. DISTÚRPIO MUSCULAR POR:

lesão periférica( ) lesão central( )

#### 2.1. Em função disso, ele apresenta:

atrofia( ) hipotonia( ) hipertrofia de panturrilhas( )  
fraqueza muscular generalizada( )

**2.2. O membro ou os membros afetados são:**

mmss: esquerdo( ) direito( ) ambos( )

mm ii: esquerdo( ) direito( ) ambos( )

**3. DISTÚRBIO DE MARCHA**

**3.1. Tipo:**

Ceifante( ) atáxica( ) talonante( ) espástica( )  
de pequenos passos( )

**3.2. Classificação:**

Hemiplégico( ) hemiparético( ) cerebelar( ) parkinsoniano( )

Tetraparético( ) paraparético( )

**4. EPILEPSIA**

está controlada( ) parcialmente controlada( ) usa monoterapia( )  
usa politerapia( )

**4.1. Apresenta crises generalizadas**

Tcg( ) clônicas( ) mioclônicas( ) atônicas( ) ausências( )

**4.2. Apresenta crises parciais**

Facial( )

hemicorpo: direito( ) esquerdo( )

envolve somente o membro superior: direito( ) esquerdo( )

envolve somente o membro inferior: direito( ) esquerdo( )

**4.3. Presença de aura**

Sim( ) não( ) Que tipo: \_\_\_\_\_

**5. LINGUAGEM ORAL**

**5.1. O desenvolvimento da linguagem foi normal?**

Sim( ) não( )

**5.2. Causa do déficit de linguagem**

Distúrbio psíquico( ) deficiência sensorial( )

**5.3. Se tem deficiência auditiva, a causa foi:**

Congênita( ) adquirida( )

**6. DÉFICIT COGNITIVO**

6.1. entende ordens Sim( ) não( ) às vezes( )

6.2. atende ao comando verbal Sim( ) não( ) às vezes( )

6.3. apresenta distúrbio de compreensão Sim( ) não( )

6.4. tem distúrbio de atenção Sim( ) não( )

6.5. tem hiperatividade Sim( ) não( )

6.6. freqüenta escola especial Sim( ) não( )

### III-INDICAÇÃO MÉDICA

## JUSTIFICATIVA PARA A PRÁTICA DA EQUOTEAPIA:

[illegible]

Local e data: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo

