

Nome.....

N° pessoal.....

I. AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA FUNCIONAL

RUBRICA	DESCRIÇÃO	PONTOS
ALIMENTAÇÃO	- Independente, capaz de utilizar talheres, come num tempo razoável-	10 <input type="checkbox"/>
	Necessidade de ajuda, por exemplo para cortar os alimentos-	5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de se alimentar	0 <input type="checkbox"/>
BANHO	- Toma banho sem ajuda	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapaz de tomar banho	0 <input type="checkbox"/>
HIGIENE PESSOAL	- Lava a cara, penteia os cabelos, escova os dentes, barbeia-se (liga a tomada da máquina de barbear)-	5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de fazer estes gestos	0 <input type="checkbox"/>
VESTUÁRIO	- Independente. Ata os cordões dos sapatos, aperta os botões, põe os suspensórios	10 <input type="checkbox"/>
	- Tem necessidade de ajuda, mas efectua pelo menos metade do trabalho num tempo razoável-	5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de fazer estes gestos	0 <input type="checkbox"/>
CONTROLO INTESTINAL	- Sem problemas. Capaz, se necessário, de utilizar enemas/supositórios	10 <input type="checkbox"/>
	- Problemas ocasionais. Necessidade de ajuda para enemas ou supositórios	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapaz de utilizar enemas ou supositórios	0 <input type="checkbox"/>
CONTROLO VESICAL	- Sem problemas. Capaz, se necessário, de se ocupar do material de recolha da urina	10 <input type="checkbox"/>
	- Problemas ocasionais e necessidade de ajuda para a utilização do material de recolha-	5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de utilizar este material	0 <input type="checkbox"/>
CASA DE BANHO	- Independente (e) na ida para a casa de banho ou na utilização da sanita.	10 <input type="checkbox"/>
	. Segura na roupa, limpa-se, puxa o autoclismo ou limpa a sanita	5 <input type="checkbox"/>
	- Necessita de ajuda para se equilibrar e segurar a roupa ou o papel higiénico	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapaz de fazer estes gestos	0 <input type="checkbox"/>
PASSAGEM PARA A CAMA, CADEIRAS DE RODAS E CADEIRA	- Independente, incluindo para bloquear a cadeira de rodas e rebater os apoios dos pés	15 <input type="checkbox"/>
	- Necessidade de ajuda mínima ou de simples vigilância	10 <input type="checkbox"/>
	- Capaz de se sentar embora necessite de ajuda máxima para a transferência	5 <input type="checkbox"/>
	- Totalmente dependente	0 <input type="checkbox"/>
MARCHA	- Independente para percursos de 50 metros. Pode utilizar bengala mas não se serve de material rolante	15 <input type="checkbox"/>
	- Percorre 50 metros com ajuda	10 <input type="checkbox"/>
	- Independente com uma cadeira de rodas em percursos de até 50 metros, apenas se incapaz de andar	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapaz de andar	0 <input type="checkbox"/>
SUBIR ESCADAS	- Independente. Pode utilizar bengala	10 <input type="checkbox"/>
	- Necessidade de ajuda ou de vigilância simples	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapaz de subir escadas	0 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TODAS AS RUBRICAS		.../100

O médico deve obrigatoriamente assinalar uma casa em todas as rubricas.

Queira virar e preencher o verso

II. AVALIAÇÃO ESPACIOTEMPORAL

ESTADO DA PESSOA	AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS	PONTOS
1. DIFICULDADES DE EXPRESSÃO Para se fazer compreender através da palavra e/ou gestualmente	- continuamente - ocasional ou raramente - nunca	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
2. PERTURBAÇÕES VERBAIS Gritar sem motivo e/ou incomodar os outros gritando e/ou berrando	- continuamente - ocasional ou raramente - nunca	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
3. PERDA DA NOÇÃO DA CONVENIÊNCIA Comportamento inadequado à mesa ao alimentar-se, despir-se em ocasiões inoportunas, urinar fora dos locais adequados, cuspir, etc.	- continuamente - ocasional ou raramente - nunca	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
4. ORIENTAÇÃO NO TEMPO	- totalmente desorientado - ocasionalmente - adequada	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
5. COMPORTAMENTO AGITADO Dificuldades relacionais e caracterial, e/ou comportamento auto-agressivo e/ou agitação psicomotora (deambulação, fuga, etc.)	- continuamente - ocasional ou raramente - nunca	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
6. COMPORTAMENTO NOCTURNO Deambular, incomodar os outros, confundir o dia com a noite	- continuamente - ocasional ou raramente - nunca	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
7. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO DE VIDA	- totalmente desorientado - ocasionalmente - adequada	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
8. COMPORTAMENTO DESTRUTIVO Violência em relação ao material e aos objectos circundantes: roupa, mobiliário, periódicos... e/ou agressivo em relação a terceiros	- continuamente - ocasional ou raramente - nunca	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
9. PERDA DA MEMÓRIA	a)-recente:	SIM NÃO 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b)-remota:	SIM NÃO 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. RECONHECIMENTO DAS RELAÇÕES Perda de capacidade de reconhecimento	a)-da família mais próxima (filhos, cônjuge):	SIM NÃO 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b)-dos amigos, conhecidos e outras pessoas:	SIM NÃO 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TODAS AS RUBRICAS	/100

O médico deve obrigatoriamente assinalar uma casa em todas as rubricas.

.....
Data

.....
Assinatura e carimbo do médico

