

APÊNDICE IV

FOLHA DE ACOMPANHAMENTO AO PACIENTE ESPECIAL

O acompanhamento deverá conter o resultado observado no período com as terapias, a que o paciente tiver sido submetido e os seus progressos em relação aos objetivos terapêuticos, as modalidades terapêuticas necessárias especificando a frequência das mesmas e o respectivo regime para a prestação dos serviços e possíveis correções de métodos. Esta folha será remetida pelo GAAPE ao SASM na área do Comando do 8º Distrito Naval ou para o N-SAIPM local.

Em, _____ / _____ / _____.

1 - DEPENDENTE :

NOME: _____
_____ IDADE: _____ DN: _____ NIP: _____

2 - RESPONSÁVEIS:

PAI: _____
_____ POSTO/GRAD.: _____ NIP: _____ OM: _____ TEL: _____
_____ MÃE: _____
_____ ENDEREÇO: _____
TEL: _____

3 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU FUNCIONAL:

SUMÁRIO DO CASO:

(ASSINATURA E CARIMBO)

4. EVOLUÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO(S) SERVIÇO(S) ESPECIALIZADO(S) PROPOSTO(S):

4.1 - SERVIÇOS SOCIAL:

(ASSINATURA E CARIMBO)

4.2 - FISIOTERAPIA/PSICOMOTRICIDADE:

(ASSINATURA E CARIMBO)

4.3 - PSICOLOGIA/PSICOPEDAGOGIA/ESCOLARIDADE ESPECIALIZADA*:

(ASSINATURA E CARIMBO)

*Entende-se por escolaridade especializada aquela descrita no artigo 10º da Resolução do Conselho Nacional nº 2 publicado no DOU em 14 de setembro de 2001, seção 1E, p.39-40.

“Art10º. Os alunos que apresentam necessidades especiais e requeiram atenção individualizada nas atividades da vida autônoma e social, recursos, ajudas e apoios intensos e contínuos , bem como adaptações curriculares tão significativas que a escola comum não consiga prover, podem ser atendidos em caráter extraordinário, em escolas especiais, públicas ou privadas, atendimento esse

complementado, sempre que necessário e de maneira articulada, por serviços das áreas de Saúde, Trabalho e Assistência Social”.

4.4 –FONOAUDIOLOGIA: _____

(ASSINATURA E CARIMBO)

4.5-TERAPIA OCUPACIONAL:

(ASSINATURA E CARIMBO)

5 -OBSERVAÇÕES: _____

6-RELATO DAS OBSERVAÇÕES DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS SOBRE A EVOLUÇÃO DOS USUÁRIOS E IMPRESSÕES POSITIVAS OU NEGATIVAS DA INSTITUIÇÃO CREDENCIADA:

7-REGIME DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇO:

(ASSINATURA DO
RESPONSÁVEL)

AMBULATORIAL EXTERNATO SEMI-INTERNATO RESIDÊNCIA

1. AMBULATORIAL INDIVIDUAL
2. AMBULATORIAL DUPLAS
3. AMBULATORIAL PEQUENOS GRUPOS
4. EXTERNATO
5. EXTERNATO COM SUBMODALIDADES
6. EXTERNATOCOM ESCOLARIDADE ESPECIALIZADA
7. EXTERNATOCOM SUBMODALIDADES E ESCOLARIDADE ESPECIALIZADA
8. INTEGRAL
9. INTEGRAL COM SUBMODALIDADES

10. INTEGRAL COM ESCOLARIDADE ESPECIALIZADA
11. INTEGRAL COM SUBMODALIDADES E ESCOLARIDADE ESPECIALIZADA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
12. INTERNAÇÃO

8- PROGRESSOS OBSERVADOS:

9 -CONCLUSÃO:

ENCARREGADO(ASSINATURA E
CARIMBO)