



FICHA DO MÉDICO ASSISTENTE

1. MÉDICO ASSISTENTE

Nome _____

Especialidade _____

Instituição _____

Morada _____

Telefones para contacto _____

2. UTENTE

Nome _____

Idade _____ Data de nascimento ____/____/____ (dd/mm/aa)

Peso _____ Altura _____

Sistema _____ N.º Beneficiário _____

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL

Diagnóstico _____

Etiologia _____

Doenças com risco de contágio _____

Alergias _____

Boletim de vacinas em dia? Sim Não, porque _____

Alterações:

Circulatórias _____

Tensão arterial: min. _____ Max. _____

Comportamentais _____

Comunicação _____

Coordenação _____

Equilíbrio _____

Respiratórias _____

FICHA DO MÉDICO ASSISTENTE (cont.)

Sensibilidade _____

Tónus Muscular _____

Urinárias _____

Auditivas _____

Visuais _____

Perceptivos _____

Vestibulares _____

Epilepsia/Convulsões Sim Não

Medicação Sim Não

Quais as dosagens: _____

Recomendações em caso de crise

Desmaios _____

Hidrocefalia _____

Desvios da Coluna Vertebral _____

Processos Degenerativos _____

Tecnologias de Apoio _____

Outras Medicamentos Sim Não

Quais e Dosagens? _____

Recomendações em caso de crise

Anotações Complementares

4. CARACTERIZAÇÃO GERAL DE CONTRA-INDICAÇÕES PARA PRÁTICA DE EQUITAZÃO TERAPÊUTICA

- Dor
- Graves alterações vestibulares
- Graves desvios na coluna vertebral (Esvoliose $\geq 30^\circ$)
- Grave instabilidade cervical (Atlas – Axis)
- Intervenções cirúrgicas
- Luxação ou sub-luxação da anca
- Osteoporose
- Situações clínicas não controladas (Epilepsia, estudos sobre a patologia, sua etiologia, e outras)
- Situações inflamatórias

Anotações complementares

5. FORMALIZAÇÃO DA PROPOSTA

Venho por este meio propor o/a _____
para as aulas de Equitação com fins terapêuticos sob a orientação da equipa técnica responsável por esta actividade, à qual compete a definição do acesso e programa de equitação adequado.

Ass.: _____

Data ____/____/____ (dd/mm/aa)

Cédula Profissional N.º

A preencher pelos serviços do Centro Hípico.

Recebido por _____ em ____/____/____ (dd/mm/aa)