

FICHA MÉDICA
(Preenchimento Exclusivo do Médico)

Dados do Atleta:
Nome:
Idade:
Diagnóstico Médico:
CID:

HDA:
Alterações Funcionais:
Antecedentes Patológicos:
Neurológicos:
Cardiovasculares:
Respiratórios:
Renais:
Gastrointestinais:

Ortopédicos:
Oftalmológicos:
Cirúrgicos:
Psiquiátricos/Psicológicos:
Cirurgias Realizadas:
Existência de Alergias: () Nega () Sim Descreva:
Existência de Dor Neuropática: () Não () Sim Local:
Existência de Crises Convulsivas: () Não () Sim
Existência de Crises de Ausência: () Não () Sim
Existência de Bexiga Neurogênica: () Não () Sim Faz cateterismo Vesical de Alívio? () Não () Sim Periodicidade: Nº do Cateter:
Faz cateterismo Vesical de Demora? () Não () Sim Nº da Sonda de Folley:
Existência de Intestino Neurogênico: () Não () Sim
Existência de Colostomia: () Não () Sim
Existência de outras alterações de ordem urológica:
É Hipertenso? () Não () Sim PA Sentado: PA Deitado:

FICHA MÉDICA
(Preenchimento Exclusivo do Médico)

É Diabético? () Não () Sim É Insulinodependente? () Não () Sim
É Tabagista? () Não () Sim
É Etilista? () Não () Sim Consumo de Drogas () Não () Sim Descreva:
Padrão do Sono:
Internações (Relacionar as internações que ocorreram nos últimos 6 meses, indicando o motivo e o desfecho).
Prognóstico (Estimativa para 2 anos):
Funcionamento Respiratório: Saturação média: _____ SpO2 Uso de Ventilação não Invasiva (VNI): () Período Noturno () Período Intermediário () 24 h/dia () N/A

Medicamentos em uso:		
Medicamento	Dosagem	Horários
Indicações para atividades físicas:		
Contraindicações para atividades físicas:		

Assinale a classificação na qual o paciente se enquadre

1ª – () Dependência total de cadeira de rodas

Utiliza cadeira de rodas em todos os ambientes da comunidade, impulsionando-a ou sendo impulsionado por outra pessoa.

2ª – () Dependência parcial de cadeira de rodas

Consegue andar nos ambientes da comunidade com o auxílio de barras paralelas, muletas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.

3ª – () Não utiliza cadeira de rodas

2 - Condição atual da incapacidade para locomoção (preencher somente um dos campos)

1ª () Progressiva

2ª () Estável ou permanente

3ª () Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após _____ meses.

3 - Necessidade de acompanhante (preencher somente um dos campos)

O paciente necessita de acompanhante () Não () Sim

4 - Equipamento utilizado pelo atleta:

• **Possui Cadeira de Rodas S() N()**

Tipo:

- 1º () Cadeira de rodas dobrável
 - 2º () Cadeira de rodas não dobrável
 - 3º () Carrinho dobrável
 - 4º () Carrinho não dobrável
 - 5º () Elétrica/Motorizada
 - 6º () Outros – Especificar :
-

5 - Condições exigidas para transporte

- () Pode ser transportado no colo () Pode ser transportado em assento comum de passageiro () Pode ser transportado **somente** em cadeira de rodas ou carrinho

Autorização para a prática do Futebol em Cadeira de Rodas Motorizada

Autorizo o (a) atleta _____,
com o diagnóstico médico de _____ CID
nº _____ a participar das atividades esportivas do Futebol em Cadeira de
Rodas Motorizada com fins () competitivos e /ou () recreativos em nível regional e
nacional a partir dessa data. Essa autorização tem validade de 1 ano.

Data: ____/____/2018.

Nome completo do Médico: _____

CRM: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Assinatura e carimbo do Médico: _____