

# FICHA DE SERVIÇOS DE ENCAMINHAMENTO REABILITAÇÃO SES RS

**NOME DO USUÁRIO:** \_\_\_\_\_  
Nome mãe: \_\_\_\_\_  
Nome pai: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
Data encaminhamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_  
Profissional solicitante: \_\_\_\_\_ CID 10: \_\_\_\_\_  
Quadro clínico/informações para encaminhamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## REABILITAÇÃO FÍSICA:

**Tempo de lesão:** \_\_\_\_\_  
**Quadro motor:** ( ) Quadriparesia ( ) Diparesia ( ) Hemiparesia (D/E) ( ) Monoparesia (D/E) ( ) Não se aplica  
**Indicação de uso de:** ( ) Muletas ( ) Bengala ( ) Andador ( ) Cadeira de Rodas manual ( ) Cadeira de rodas motorizada  
( ) Cadeira de Banho ( ) Órtese de membro superior ( ) Palmilha ( ) AFO ( ) KAFO ( ) HKAFO  
**Amputação:** Membro superior: ( ) direito ( ) esquerdo Nível: \_\_\_\_\_  
Membro inferior: ( ) direito ( ) esquerdo Nível: \_\_\_\_\_

## REABILITAÇÃO AUDITIVA:

**Tipo\*:** ( ) Neurossensorial ( ) Condutiva ( ) Mista ( ) Central  
**Grau\*:** ( ) Normal ( ) Normal com perda em outras regiões de frequência ( ) Leve  
( ) Moderado ( ) Moderadamente severo ( ) Severo ( ) Profundo  
\*Preencher com AO (ambas as orelhas), OD (orelha direita), OE (orelha esquerda)  
\*Encaminhamento para implante coclear ou prótese auditiva ancorada osso: consultar a Ficha de Referência e Contrarreferência para Reabilitação Auditiva SES/RS.

## REABILITAÇÃO VISUAL:

( ) Baixa visão ( ) Cegueira  
( ) Transtornos de refração

## REABILITAÇÃO INTELECTUAL:

Criança: ( ) 0 a 3 anos (estimulação precoce) ( ) 4 a 9 anos  
Adolescente: ( ) 10 a 18 anos ( ) Adulto