

# TERAPIA ASSISTIDA POR EQUINOS TAE

FICHA DO MÉDICO ASSISTENTE

v20170811



## UTENTE

---

**NOME**

---

**IDADE**

**DATA DE NASCIMENTO DD/MM/AAAA**

---

**PESO KG**

**ALTURA M**

---

**SISTEMA DE SAÚDE**

**N.º BENEFICIÁRIO**

---

## CARACTERIZAÇÃO GERAL

---

**DIAGNÓSTICO**

---

**DOENÇAS COM RISCO DE CONTÁGIO**

---

**ALERGIAS**

---

**BOLETIM DE VACINAS em dia?** assinalar **SIM** / **NÃO** porquê?

---

**ALTERAÇÕES CIRCULATORIAS?** assinalar **NÃO** / **SIM**, quais os VALORES MIN/MÁX?

---

---

ALTERAÇÕES de **COMPORTEAMENTO**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES de **COMUNICAÇÃO**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES de **COORDENAÇÃO**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES de **EQUILÍBRIO**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES **RESPIRATÓRIAS**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES de **SENSIBILIDADE**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES de **TONÚS MUSCULAR**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES **URINÁRIAS**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES **AUDITIVAS**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES **VISUAIS**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES **PERCEPTIVAS**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

ALTERAÇÕES **VESTIBULARES**? assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

---

Tem **EPILEPSIA / CONVULSÕES** assinalar **NÃO / SIM**, se tem SOS, qual?

---

---

Se tem **EPILEPSIA / CONVULSÕES**, **faz MEDICAÇÃO**? assinalar **NÃO / SIM**, qual e que dosagem?

---

---

Se tem EPILEPSIA / CONVULSÕES, **RECOMENDAÇÕES em caso de crise**

---

**DESMAIOS** assinalar **SIM / NÃO**

---

**HIDROCEFALIA** assinalar **SIM / NÃO**

---

**DESVIO NA COLUNA VERTEBRAL** assinalar **NÃO / SIM**, qual o GRAU?

---

**PROCESSOS DEGENERATIVOS** assinalar **NÃO / SIM**

---

**TECNOLOGIAS DE APOIO** assinalar **NÃO / SIM**, quais?

---

Anotações Complementares

## SITUAÇÕES DE RISCO

---

**DOR**

---

**GRAVES ALTERAÇÕES VESTIBULARES**

---

**GRAVES DESVIOS NA COLUNA VERTEBRAL** escoliose  $\geq 30^\circ$

---

**GRAVE INSTABILIDADE CERVICAL** atlas-axis

---

**INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS**

---

---

**LUXAÇÃO OU SUB-LUXAÇÃO DA ANCA**

---

**OSTEOPOROSE**

---

**SITUAÇÕES CLÍNICAS NÃO CONTROLADAS**

epilepsia, estudos sobre patologia e sua etiologia, e outras

---

**SITUAÇÕES INFLAMATÓRIAS**

---

Anotações Complementares

---

## **AUTORIZAÇÃO PARA PRÁTICA DE EQUITAÇÃO COM FINS TERAPÊUTICOS**

---

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

---

**ASSINATURA**

**DATA**

---

**VILHETA**