



AVALIAÇÃO DE “TERAPIA OCUPACIONAL HOSPITALAR”



Terapeuta Ocupacional responsável: _____ **Data:** ____/____/____ **Local:** _____
Nome do paciente: _____ **Registro:** _____
Idade: _____ **Escolaridade:** _____ **Religião:** _____ **Ocupação:** _____
Local do atendimento: () Enfermaria - Qual: _____ **Data internação:** _____ () Ambulatorial - Qual: _____
Queixa principal: _____

Motivo de Encaminhamento: _____ **Data início dos atendimentos:** ____/____/____

Atendimentos: () individual - paciente () grupo – paciente
 () individual - familiar / cuidador () grupo - familiar / cuidador
 () interconsulta com equipe

DADOS CLÍNICOS:

Clínica de origem: _____
Diagnóstico: _____
Comorbidades: _____ **Escala Numérica de Dor:** _____



TERAPIA OCUPACIONAL:

Estava satisfeito com sua rotina? () sim () um pouco () não Por quê? _____

Neste momento, quem mais te ajuda? () amigos () equipe () companheiro () vizinho () familiares () outros - Quais? Em que? _____

Onde e como gasta a maior parte do seu tempo (extra-hospitalar)? () trabalho () casa () escola () outros _____

Aponte suas dificuldades no seu dia-a-dia extra-hospitalar: _____

Aponte suas dificuldades no seu dia-a-dia intra-hospitalar: _____

Quais suas estratégias para solucionar tais dificuldades: _____

que você gosta de fazer no seu tempo livre? _____

Quais atividades você tem vontade de aprender / retomar: _____

Sente-se capaz de realizar tudo que se propõem () sim () não _____

Mudaria alguma coisa no seu dia-a-dia quando tiver alta? () sim () não O quê? _____

OCUPAÇÕES

Extra	Intra-hospitalar	(1) ALTERADA	(2) NÃO ALTERADA
AVD			
()	()	Banho	Obs:
()	()	Alimentação	Obs:
()	()	Mobilidade funcional	Obs:
()	()	Comer	Obs:
()	()	Vestir-se	Obs:
()	()	Controle de esfíncteres	Obs:
()	()	Higiene Pessoal e Autocuidado	Obs
()	()	Cuidados com equipamentos pessoais	Obs
()	()	Atividade Sexual	Obs:
()	()	Uso do vaso sanitário	Obs:
AIVD			
()	()	Cuidados com os outros	Obs:
()	()	Cuidados com os animais	Obs:
()	()	Educar criança	Obs:
()	()	Gerenciamento de comunicação	Obs:
()	()	Mobilidade na comunidade	Obs:
()	()	Gerenciamento financeiro	Obs:
()	()	Gerenciamento e manutenção da saúde	Obs:
()	()	Estabelecimento e gerenciamento do lar	Obs:
()	()	Preparo de refeição e limpeza	Obs:
()	()	Costume religioso	Obs:
()	()	Manutenção da segurança e emergência	Obs:
()	()	Fazer compras	Obs:
()	()	DESCANSO E SONO	Obs:
()	()	EDUCAÇÃO	Obs
()	()	TRABALHO	Obs:
()	()	BRINCAR	Obs:
()	()	LAZER	Obs:
()	()	PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Obs:

Extra Intra-hospitalar	(1) ALTERADA	(2) NÃO ALTERADA
FATORES DO CLIENTE		
() ()	Valores, Crenças e Espiritualidade	Obs:
() ()	Funções do Corpo	Obs:
() ()	Estruturas do Corpo	Obs:
HABILIDADES DE DESEMPENHO		
() ()	Habilidades Motoras	Obs:
() ()	Habilidades Processuais	Obs:
() ()	Habilidades de Interação Social	Obs:
PADRÕES DE DESEMPENHO		
() ()	Hábitos	Obs:
() ()	Rotinas	Obs:
() ()	Rituais	Obs:
() ()	Papéis	Obs:
CONTEXTOS E AMBIENTES		
() ()	Cultural	Obs:
() ()	Pessoal	Obs:
() ()	Físico	Obs:
() ()	Social	Obs:
() ()	Temporal	Obs:
() ()	Virtual	Obs:

Obs: _____

PLANO DE TRATAMENTO: _____
