

AVALIAÇÃO DE “TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE FÍSICA DO ADULTO”

Data da Avaliação: _____ Local: _____
Terapeuta Ocupacional responsável: _____
Estudante: _____
Nome do paciente: _____
Registro: _____ Cidade de procedência _____
Idade: _____ Estado civil _____ Filhos _____
Escolaridade: _____ Religião: _____
Ocupação pregressa e atual: _____
Fonte de renda familiar/benefícios/aposentadoria _____

Queixa principal: _____
Motivo de Encaminhamento: _____
Avaliação: () individual - paciente. () individual - familiar / cuidador () paciente e cuidador

DADOS CLÍNICOS:

Diagnóstico:

Comorbidades:

Medicamentos:

Terapias e acompanhamento com outros profissionais _____

TERAPIA OCUPACIONAL:

Você já deixou de frequentar algum lugar por conta de sua condição? () sim () um pouco () não Por quê?

Neste momento, quem mais o/a ajuda? Ajuda em que / para quê? Precisa de cuidador?

Descreva como é sua rotina:

Descreva como é sua casa, com quem mora, barreiras arquitetônicas? Acessibilidade? Risco de queda?

Aponte suas dificuldades no seu dia a dia por conta da sua condição de saúde:

Usa órtese, prótese, cadeira de rodas? tecnologia assistiva? (Bengala, muleta, engrossador...)

O que você gosta de fazer no seu tempo livre, lazer, hobby?

Quais atividades/ ocupações você tem vontade de aprender / retomar, que no momento não está conseguindo fazer, ou faz com dificuldade:

Mudaria alguma coisa no seu dia a dia? () sim () não - O quê?

AVALIAÇÃO (AOTA, 2020) - marcar: (1) alterada ou (2) não alterada descrever o que está alterado:

OCUPAÇÕES - AVD

Banho, banho de chuveiro () _____

Higiene no banheiro (sanitária) () _____

Vestindo () _____

Comendo e engolindo () _____

Alimentação () _____

Mobilidade funcional () _____

Higiene pessoal e cuidados com a pele () _____

Atividade Sexual () _____

OCUPAÇÕES - AIVD

Cuidados com os outros () _____

Cuidados com animais de estimação () _____

A criação de crianças () _____

Gerenciamento de comunicação () _____

Escritores em braile () _____

Condução e Mobilidade na comunidade () _____

Gerenciamento financeiro () _____

Estabelecimento e administração residencial () _____

Preparação e limpeza das refeições () _____

Expressão religiosa e espiritual / Costume religioso () _____

Manutenção da segurança e emergência() _____

Compras () _____

GESTÃO DA SAÚDE () _____

DESCANSO E SONO () _____

EDUCAÇÃO () _____

TRABALHO () _____

BRINCAR () _____

LAZER () _____

PARTICIPAÇÃO SOCIAL () _____

AVALIAÇÃO E INSPEÇÃO FÍSICA:

Sintomas e Histórico da doença:

O que sabe sobre a patologia: _____

Tempo de diagnostico: _____

Quando e como surgiram os sintomas, a lesão: _____

Como era antes da lesão: _____

Período do dia de maior incomodo: _____

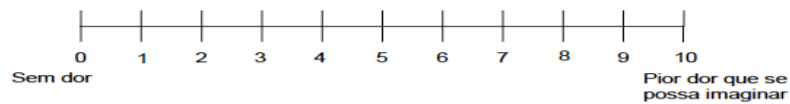
Fatores de melhora e piora dos sintomas _____

Apresenta alterações no humor? _____

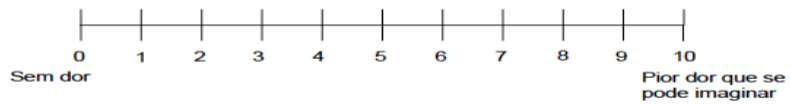
Apresenta fadiga? se sim em quais momentos? _____

DOR:

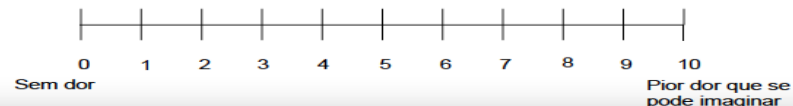
Escolha um número que melhor descreva a sua intensidade de dor agora:



Escolha um número que melhor descreva a sua intensidade de dor em média nas últimas 24 horas:



Escolha um número que melhor descreva a sua intensidade de dor em média nos últimos 7 dias:



DOR: descrição: Apresenta algum fator que melhora ou piora? Dor é regional ou dor difusa? Irradiação? _____

Sente formigamento/parestesia e/ou fraqueza em algum membro? _____

Algum sintoma que você apresenta, não foi mencionado? Se sim, qual? _____

Inspeção:

Asworth: _____

Palpação – regiões de cianose, pontos de dor ou hipersensibilidade (ossos, articulações), rigidez _____

Edema em alguma região do corpo: _____

Exame físico (ADM ativa e passiva// Força // Testes funcionais e clínicos)

Mobilidade e amplitude articular: goniometria (ombro, cotovelo e punho) – realizar com os dois membros: _____

Força de prensão e de pinça _____

Sensibilidade - alteração? Locais? _____

Fatores de desempenho alteradas:

- Habilidades motoras;
- Habilidades processuais:
- Habilidades de interação social:

Fatores do/a cliente alteradas:

- Valores, crenças e espiritualidade;
- Funções do corpo:
- Estrutura corpo:

EXEMPLOS DE INSTRUMENTOS:

- MIF

- ACER-BR

- MoCA

- Avaliação Sensorial de Nottingham

PLANO DE TRATAMENTO:

Raciocínio clínico, problemas identificados:

Diagnóstico ocupacional:

Objetivos:

Conduitas/estratégias: