

INFORMAÇÃO PESSOAL

(nos termos da Lei nº 12.527/2011,
regulamentada pelo Dec. nº 7.724/2012)

**MARINHA DO BRASIL
OM**

**FOLHA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO ESPECIAL – PESSOA COM
DEFICIÊNCIA**

O acompanhamento deverá conter o resultado observado no período com as terapias, a que o paciente tiver sido submetido e os seus progressos em relação aos objetivos terapêuticos, as modalidades terapêuticas necessárias, especificando a frequência das mesmas e o respectivo regime para a prestação dos serviços e possíveis correções de métodos. Esta folha será remetida pelo GAAPE ao SASM na área do Rio de Janeiro, ou para o NAS local.

Em, ____/____/____.

1. PACIENTE:

NOME: _____

IDADE: _____ DN: _____ NIP: _____

2. RESPONSÁVEIS:

RESPONSÁVEL 1/TITULAR: _____

POSTO/GRAD.: _____ NIP: _____ OM: _____ TEL: _____

ENDEREÇO: _____

E-mail: _____

RESPONSÁVEL 2: _____

POSTO/GRAD.: _____ NIP: _____ OM: _____ TEL: _____

ENDEREÇO: _____

E-mail: _____

3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU FUNCIONAL

3.1. SUMÁRIO DO CASO:

ASSINATURA (CARIMBO)

4.EVOLUÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO ÀS MODALIDADES TERAPÊUTICAS RECOMENDADAS

4.1. SERVIÇO SOCIAL:

ASSINATURA (CARIMBO)

4.2. FISIOTERAPIA/PSICOMOTRICIDADE:

ASSINATURA (CARIMBO)

4.3. PSICOLOGIA/PSICOPEDAGOGIA:

ASSINATURA (CARIMBO)

4.4. FONOAUDIOLOGIA:

ASSINATURA (CARIMBO)

4.5. TERAPIA OCUPACIONAL:

ASSINATURA (CARIMBO)

5. OBSERVAÇÕES

ASSINATURA (CARIMBO)

6. RELATO DAS OBSERVAÇÕES DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS SOBRE A EVOLUÇÃO DO PACIENTE, E IMPRESSÕES POSITIVAS OU NEGATIVAS DA INSTITUIÇÃO CREDENCIADA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

7. REGIME PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

8. PRAZO PARA REAVALIAÇÃO:

9. PROGRESSOS OBSERVADOS:

10. CONCLUSÃO:

ENCARREGADO
(ASSINATURA E CARIMBO)