

FICHA DE SINALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

Nome do Utente:	
Data de Nascimento:	Idade:
Morada:	
Encarregado de Educação/Responsável Legal:	
Relação com o Utente:	
Contacto:	E-mail:
Diagnóstico:	
Ficha preenchida por:	Relação com o Utente:

Caso se trate de uma criança ou jovem incluído em contexto escolar, por favor, indique:

Escola:	Ano de Escolaridade:
Frequenta CAA? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	É acompanhado pelo CRI? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Docente Titular:	Docente de E.E.:
Contacto:	

Caso se trate de um adulto ou idoso, por favor, indique:

É beneficiário de algum serviço de apoio ou resposta social? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, indique qual: Centro de Dia <input type="checkbox"/> Centro de Atividades Ocupacionais <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Continuados <input type="checkbox"/> Hospital de Dia <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> Outro _____
Designação e Contacto:

Grau de Deficiência/Incapacidade:

- Nenhum a especificar
 Ligeira
 Moderada
 Grave
 Doenças Crónicas (epilepsia, diabetes, asma...) Especifique:

Outras Alterações (lábio leporino, fenda palatina, daltonismo...) Especifique:

Medicação _____

Medidas de Intervenção anteriores à Sinalização:

CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

A. COGNIÇÃO

Assinale em quais dos domínios identifica dificuldade. Utilize o espaço em branco para especificar

Memória <input type="checkbox"/>	
Atenção <input type="checkbox"/>	
Perceção <input type="checkbox"/>	
Aprendizagem <input type="checkbox"/>	
Motivação <input type="checkbox"/>	
Ideação <input type="checkbox"/>	

B. COMUNICAÇÃO

Comunicação Verbal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Discurso inteligível	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alterações articulatórias <input type="checkbox"/> Processos fonológicos: _____
Comunicação Alternativa e Aumentativa	Não utiliza <input type="checkbox"/> LGP <input type="checkbox"/> Caderno de CAA <input type="checkbox"/> Gesto Intuitivo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____
Utilização de Imagens	Boardmaker <input type="checkbox"/> SPC <input type="checkbox"/> Imagens pictográficas <input type="checkbox"/> Imagens fotográficas <input type="checkbox"/>

Intencionalidade comunicativa	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Resposta por ecolália	Não apresenta <input type="checkbox"/> Apresenta <input type="checkbox"/>
Contacto ocular	Mantém <input type="checkbox"/> Não mantém <input type="checkbox"/>
	Compreensão <input type="checkbox"/> _____
	Expressão <input type="checkbox"/> _____
Dificuldades Observadas	Mastigação/Deglutição <input type="checkbox"/> _____
	Observações:

C. COMPORTAMENTO, SOCIALIZAÇÃO E REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES

Assinale em quais dos processos identifica dificuldade. Utilize o espaço em branco para especificar	
Relacionamento interpessoal com: pares <input type="checkbox"/> adultos <input type="checkbox"/>	
Gestão de conflitos <input type="checkbox"/>	
Frustração <input type="checkbox"/>	
Motivação e empenho nas atividades <input type="checkbox"/>	
Permanência nas tarefas <input type="checkbox"/>	
Comportamentos repetitivos/estereotipados <input type="checkbox"/>	
Interesses específicos ou restritivos <input type="checkbox"/>	
Rotinas <input type="checkbox"/>	
Irrequietude/Impulsividade <input type="checkbox"/>	



Labilidade emocional <input type="checkbox"/>	
Birras <input type="checkbox"/>	
Medos/Ansiedade <input type="checkbox"/>	
Observações:	

D. AUTONOMIA

Alimentação	<input type="checkbox"/> Oral – Independente <input type="checkbox"/> Ativo-assistido <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PEG (gastrostomia) <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica
Controlo dos esfíncteres	Controlo total <input type="checkbox"/> Controlo diurno <input type="checkbox"/> Controlo noturno <input type="checkbox"/> Sem controlo - Utilização de fralda <input type="checkbox"/> Esvaziamento <input type="checkbox"/> Algália
Higiene	Sem apoio <input type="checkbox"/> Com apoio parcial <input type="checkbox"/> Com apoio total <input type="checkbox"/>
Vestir/calçar	Sem apoio <input type="checkbox"/> Com apoio parcial <input type="checkbox"/> Com apoio total <input type="checkbox"/>
Observações:	

E. DESLOCAMENTOS E MOTRICIDADE

Marcha autónoma?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Marcha	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Elétrica	Utilização autónoma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Alterações Posturais <input type="checkbox"/>		
Dificuldades de Equilíbrio <input type="checkbox"/>		

Comissão de Apoio Social e Desenvolvimento de Santa Catarina - CASDSC

Rua Social, n.º1 - Santa Catarina, 3840-572 Vagos

☎ 234783936, 961447777, 961447778 ☎ 234783241 _ Cont. 501 099 093 ✉ casdsc@casdsc.com 🌐 www.casdsc.pt

Ent. Utilidade Pública, DR: n.º 244, III Série de 23/09/1993



Restrições Articulares <input type="checkbox"/>	
Dificuldades Coordenativas <input type="checkbox"/>	
Motricidade Fina <input type="checkbox"/>	
Observações:	

F. ALTERAÇÕES SENSORIAIS

Défice/Alterações visuais <input type="checkbox"/>	
Défice/alterações auditivo <input type="checkbox"/>	
Alterações táteis <input type="checkbox"/>	
Dor <input type="checkbox"/>	
Outras:	

G. OUTRAS TECNOLOGIAS DE APOIO

Óculos <input type="checkbox"/>	Tablet <input type="checkbox"/>
Aparelho auditivo <input type="checkbox"/>	Computador <input type="checkbox"/>
Standing Frame <input type="checkbox"/>	Ponteiras <input type="checkbox"/>
Outros:	

OBS. Anexar documentação relevante (Relatórios psicológicos ou médicos anteriores, ficha biográfica, atas de reuniões que mencionem as necessidades do aluno, resultados de avaliação, entre outros)

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura: _____

.....



P'la CASDSC_Terapêutica:

Recebido em: _ / _ / _
Responsável: _____