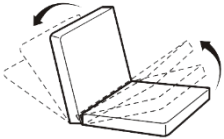
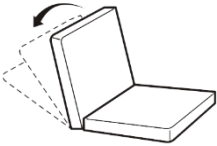
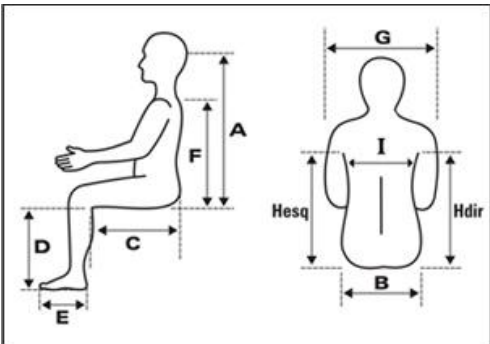


PRESCRIÇÃO CADEIRA DE RODAS ADAPTADA

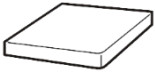
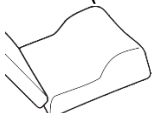
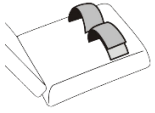

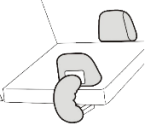
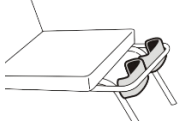
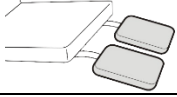
IDENTIFICAÇÃO	Data da avaliação: ___/___/___		*Peso: _____ Kg	*Altura: _____ cm	*Idade: _____ anos
	**Nome do Paciente: _____				
	Nome do responsável: _____				
	Cidade/Estado: _____				
	Telefone: _____		Email: _____		
	Diagnóstico: _____				CID: _____

DIAGNÓSTICO	COMPROMETIDO MOTOR:
	() Hemiplegia () Diplegia/Paraplegia () Quadriplegia/Tetraplegia
	TÔNUS MUSCULAR:
	() Hipotonia () Hipertonia () Atetose
COMPROMETIMENTO OSSEO/ARTICULAR:	
() Escoliose () Cifose () Hiperlordose () Sub luxação de quadril () Luxação de quadril	

CADEIRA DE RODAS	MODELOS	
	<input type="checkbox"/> PRISMA Tilt do conjunto assento/encosto	<input type="checkbox"/> RELAX Recliner de encosto Independente do assento Tilt do conjunto assento/encosto
		
	CARACTERÍSTICAS	
	Cor da Estrutura <input type="checkbox"/> Amarelo Neon <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Lilás <input type="checkbox"/> Prata	**Cor do Tecido** <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Rosa <input type="checkbox"/> Preto com detalhes colorido
	ITENS INCLUSOS	
<input type="checkbox"/> Assento anatômico <input type="checkbox"/> Encosto plano <input type="checkbox"/> Apoio de braços <input type="checkbox"/> Apoio de cabeça curvado	<input type="checkbox"/> Apoio de pés plástico <input type="checkbox"/> Apoio de tronco <input type="checkbox"/> Cinto peitoral <input type="checkbox"/> Cinto pélvico	

MEDIDAS		A – Assento à cabeça: _____ B – Largura do quadril: _____ C – Profundidade do assento: _____ (D) _____ (E) D – Pé ao joelho: _____ E – Tamanho do pé: _____ F – Assento ao ombro: _____ (D) _____ (E) G – Largura dos ombros: _____ H – Assento à axila: _____ (D) _____ (E) I – Largura do tronco: _____
---------	---	---

PRESCRIÇÃO CADEIRA DE RODAS ADAPTADA

ACESSÓRIOS	<input type="checkbox"/> Assento plano 	<input type="checkbox"/> Assento com elevação frontal (onda) 	<input type="checkbox"/> Assento com faixas 	<input type="checkbox"/> Sem Faixa <input type="checkbox"/> Faixa p/ pés <input type="checkbox"/> Faixa p/ tornozelos <input type="checkbox"/> Faixa p/ pés e tornozelos 
	<input type="checkbox"/> Adutor removível 	<input type="checkbox"/> Bloqueador de joelhos 	<input type="checkbox"/> Panturrilha *somente Relax* 	
	<input type="checkbox"/> Apoio de cabeça occipital <input type="checkbox"/> Mesa de atividades	<input type="checkbox"/> Abdutor removível <input type="checkbox"/> Suporte de dieta	<input type="checkbox"/> Apoio de quadril <input type="checkbox"/> Sombrinha	<input type="checkbox"/> Apoio de pés caixa em madeira

Profissional Responsável: _____

Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Telefone Celular: _____

Email: _____

Assinatura/Carimbo Profissional