

**FICHA DE AVALIAÇÃO PARA INGRESSO NO SERVIÇO DE TRANSPORTE AMBULATORIAL MUNICIPAL
(STAM)**

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Raça: _____ RG _____ Sexo _____ Idade _____

Escaridade: _____ Profissão: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

DIAGNÓSTICO (de acordo com o CID-10): _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISIONAL

Nome completo do profissional médico e CRM: _____

Local e data da avaliação: _____

Nome do local ou instituição: _____

ASSINALAR QUEM PRESTOU AS INFORMAÇÕES:

() A própria pessoa: quando é o próprio indivíduo que fornece as informações.

() Pessoa de convívio próximo: é alguém que de alguma forma convive e participa da vida desse indivíduo. Quem: _____

() Outro: Descreva: _____

TIPO DE TRANSPORTE: () VAN/Carro de passeio () Ambulância Sanitária

TRATAMENTO: () Fisioterapia () Quimioterapia () Radioterapia () Consulta () Exames

Início do tratamento _____ Previsão de término () -60 dias () +60 dias () Permanente

Possui acompanhante/cuidador? () SIM () NÃO

Quadro 1- Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7 - (S.A.) Sem ajuda	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável
6 - (S.A.) Sem ajuda	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente
5 - (N.A.) Necessita de ajuda	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário
4 - (N.A.) Necessita de ajuda	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa)
3 - (N.A.) Necessita de ajuda	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)
2 - (D.C.) Dependência completa	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1 - (D.C.) Dependência completa	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

Adaptado do Instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF) 2004

A Pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro de categorias, com escore mínimo de 18 e máximo de 126.



Quadro 2- Escala MIF- Medida de Independência Funcional

CATEGORIAS		Escore						
Avaliação do Profissional Médico		1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS	1. Alimentação							
	2. Auto cuidado							
	3. Banhar-se							
	4. Vestir tronco superior							
	5. Vestir tronco inferior							
	6. Higiene íntima							
CONTROLE ESFINCTERIANO	7. Controle vesical							
	8. Controle intestinal							
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS	9. Cama / cadeira / cadeira de rodas							
	10. Banheiro							
	11. Banho chuveiro / banheira							
LOCOMOÇÃO	12. Andar / cadeira de rodas							
	13. Escadas							
COMUNICAÇÃO	14. Compreensão							
	15. Expressão							
COGNITIVO	16. Interação social							
	17. Resolver problemas							
	18. Memória							
ESCORE TOTAL								

Evolução médica:

Carimbo e assinatura do médico