**ANEXO IV - Plano de Cuidado TEA: Terapias Sequenciais**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO TEA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_\_\_ NÍVEL DE SUPORTE TEA: ( ) I ( ) II ( ) III

COMORBIDADES COM CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MÉDICO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO DO MÉDICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUIDADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO: \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ PRÓXIMA REAVALIAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO: \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO CLÍNICO – PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS: marque a(s) opção(ões) identificadas no ato da elaboração do plano de cuidado mais recente.**

|  |  |
| --- | --- |
| INTERAÇÃO SOCIAL E COMUNICAÇÃO | ( ) Déficits na reciprocidade socioemocional (dificuldade para estabelecer conversa, compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais). |
| ( ) Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social (comunicação verbal e não verbal pouco integrada, anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, ausência total de expressões faciais ou comunicação não verbal). |
| ( ) Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (dificuldade em ajustar comportamento para se adequar a contextos sociais, dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesse por pares). |
| PADRÕES DE COMPORTAMENTO RESTRITOS E REPETITIVOS | ( ) Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas). |
| ( ) Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente). |
| ( ) Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos). |
| ( ) Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento). |

**TRATAMENTOS EM CURSO – Marque as opções que fazem parte do plano de cuidado atual e complete todas as colunas de tal(is) especialidade(s).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIALIDADE** | **METODOLOGIA UTILIZADA** | **METAS TERAPÊUTICAS** | **PROFISSIONAL RESPONSÁVEL - com inscrição em conselho de classe** | **PERIODICIDADE SEMANAL DE ATENDIMENTO** |
| ( ) FONOAUDIOLOGIA |  |  |  |  |
| ( ) PSICOLOGIA |  |  |  |  |
| ( ) TERAPIA OCUPACIONAL |  |  |  |  |
| ( ) FISIOTERAPIA |  |  |  |  |

**OBSERVAÇÕES**:

Data, local, carimbos e assinaturas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_