

RELATÓRIO CLÍNICO

N.º Beneficiário(a) _____

Nome completo _____

1. Situação clínica/diagnóstico:

2. Evolução da situação clínica:

3. Outras doenças:

4. Causa da deficiência / dependência:

Congénita Adquirida

5. Grau de limitação / dependência de terceiros:

Mental

Visual

Motora

Congénita

Funções / Grau limitação

Autónomo

Parcial

Total

Locomoção

Alimentação

Higiene / auto cuidados

Atenção / memória

Espaço / tempo



6. Previsão do grau de recuperação / tipo de resposta adequada:

7. Proposta de recurso a serviços especializados (especifique):

8. Terapêutica a realizar:

9. Outras observações que julgue convenientes:

Assinatura

Data _____

Nome completo do Médico

Especialidade _____

Código barras