|  |
| --- |
| **TERAPIA OCUPACIONAL – FICHA DE ENCAMINHAMENTO**  (Educação Pré-Escolar) |

|  |
| --- |
| A preencher pela coordenadora da EMAEI  A Coordenadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Data de receção: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do aluno** |  | | |
| **Data de Nascimento** |  | **Idade** |  |
| **Ano de Escolaridade** |  | **Turma** |  |
| **Nº de Processo** |  | | |
| **Escola** |  | | |
| **Prof. Titular/Diretor de Turma** |  | | |
| **Responsável pelo Encaminhamento** |  | | |

**Preencha a seguinte tabela, assinalando com uma cruz (X) as dificuldades que identifica no aluno:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Tem dificuldade em manter-se sentado na cadeira? |  |
| 1. Tem dificuldade nas mudanças de posições? Dificuldade em andar/levantar-se/apanhar objetos do chão? |  |
| 1. Tem dificuldade ao nível da motricidade global? (Correr, saltar, equilibrar-se…) |  |
| 1. Tem dificuldade ao nível da motricidade fina? |  |
| 1. Exerce muita/pouca força nos objetos? |  |
| 1. Tem dificuldade em usar a tesoura? |  |
| 1. Tem dificuldade em pintar dentro dos contornos? |  |
| 1. Tem dificuldade em terminar as tarefas propostas? |  |
| 1. Apresenta intolerância ao movimento? |  |
| 1. Tem medos específicos? (tocar em alguns objetos; medo de movimento...) |  |
| 1. Apresenta alterações sensoriais? (ao nível tátil, auditivo, visual, olfativo, gustativo, vestibular – movimento; propriocetivo – posição do corpo) |  |
| 1. Não interage com os pares? |  |
| 1. É agressivo ou impulsivo perante situações do dia-a-dia? |  |
| 1. Não se envolve num brincar significativo com os pares? |  |
| 1. Tem dificuldade em calçar os sapatos? |  |
| 1. Tem dificuldade em levar a colher/garfo à boca? |  |
| 1. Tem dificuldade em vestir-se? |  |
| 1. Outro. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

O aluno já foi avaliado em Terapia Ocupacional?  Sim  Não

Em caso afirmativo, teve acesso a relatório de avaliação?  Sim  Não

O aluno tem intervenção/apoio em Terapia Ocupacional regularmente?  Sim  Não

Observações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aluno com Relatório Técnico-Pedagógico (RTP)? □ Sim  □ Não

Em caso afirmativo, indique quais as medidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Educador / Responsável pelo Encaminhamento** | | | |
| **Nome** |  | | |
| **Data** |  | **Assinatura** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tomada de conhecimento pelo Encarregado de Educação** | | | | |
| **Nome** |  | | |
| **Data** |  | **Assinatura** |  |