



ANEXO I

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PROPOSTA PARA OBTENÇÃO DE CALÇADO COM PALMILHA EM IMPRESSÃO 3D

DATA DA SUBMISSÃO DA PROPOSTA: ____ / ____ / ____
1. DADOS PESSOAIS DO PROFISSIONAL QUE ACOMPANHA O PACIENTE
1.1. Nome completo:
1.2. Profissão:
1.3. Nome da Unidade de Atendimento:
1.4. Endereço completo da unidade de atendimento:
1.5. Telefone de contato: (DDD)

2. DADOS PESSOAIS DO PACIENTE			
2.1. Nome completo:			
2.2. CPF:			
2.3. Data de nasc: ____ / ____ / ____	2.7. Idade: _____	2.8. Sexo: 1. () M 2. () F	
2.4. Telefone de contato: (DDD)			
2.5. Reside com:	1. Sozinho ()	2. Pai e/ou mãe ()	3. Cônjuge () 4. Outros () Especifique:
2.6. Escolaridade	1. () analfabeto		2. () Ensino fundamental incompleto
	3. () Ensino fundamental completo		4. () Ensino médio incompleto
	5. () Ensino médio completo		6. () Ensino superior incompleto
	7. () Ensino superior completo. 7.1. Curso: _____		
2.7. Ocupação Atual:	1 () Emprego assalariado		2 () Autônomo
	3 () Estudante		4 () Prendas domésticas
	5 () Aposentado		6 () Afastado por motivo de doença
	7 () Desempregado		8 () Profissão/Ocupação:



3. DADOS CLÍNICOS

3.1.. Pront: _____			
3.2. Data do diagnóstico: ____/____/____			
3.3. Tratamento concluído (PQT):	1. () sim Data: ____/____/____	2. () não	
3.4. Classificação operacional:	1. () PB	2. () MB	
3.5. Forma Clínica	1.() Indeterminada 2.()Tuberculóide 3.()Dimorfa 4. () Virchoviana		
3.6. Quando surgiram os primeiros sinais e sintomas da doença? ____/____/____			
3.7. Grau de Incapacidades da OMS			
3.7.1. Olho D:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.2. Olho E:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.3. Mão D:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.4. Mão E:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.5. Pé D:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.6. Pé E:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.7. Grau incapacidade Geral	0.() zero 1. () um 2. () dois		3.7.8. EHF/OMP: ____
3.8. Apresenta deficiências nas mãos? 1. () sim 2. () não. Especifique:			
3.9. Quando começou a apresentar deficiências visíveis no pé? _____			
3.10. Especifique as deformidades visíveis nos pés:			
3.10.1. Direito:			() não se aplica
3.10.2. Esquerdo:			() não se aplica
4. Paciente tem ou já teve adaptação de calçado?	1. Sim ()	2. Não ()	
4.1. Se já tem ou teve, o paciente a utiliza?	1. Sim ()	2. Não ().	
4.2. Se a resposta for NÃO.		Cite o motivo de não utilizar:	
		Cite o Tipo de calçado/adaptação que teve ou tem:	

Formulário desenvolvido por Susilene Maria Tonelli Nardi 25/10/2023 (Nardi, 2023)



INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O paciente apresenta:

1. perda da sensação de pressão profunda na(s) planta(s) do(s) pé(s)? (monofilamento preto)	1. Sim ()	2. Não ()
2. Flexão dos dedos do(s) pé(s) (garra)?	1. Sim ()	2. Não ()
2.1. Se sim, a “garra” é móvel ou rígida? Não se aplica ()	1. Móvel ()	2. Rígida ()
3. Úlcera/ ferimento na planta do pé?	1. Sim ()	2. Não ()
3.1. Se sim, está em tratamento contínuo com médico e enfermeiro/estomoterapeuta? Não se aplica ()	1. Sim ()	2. Não ()
4. Articulação subtalar (do calcanhar) rígida ou com limitação?	1. Sim ()	2. Não ()
5. Reabsorção óssea?	1. Sim ()	2. Não ()
5.1. Se sim, descreva o(s) local(is) da reabsorção(ões)	Descreva:	
5.2. a reabsorção é maior que 1/3 do comprimento do osso acometido?	1. Sim ()	2. Não ()

Formulário desenvolvido por Susilene Maria Tonelli Nardi 25/10/2023 (Nardi, 2023)

Data: ____/____/____

Nome completo do profissional que submeteu a proposta:

Contato (e-mail ou fone): _____