



ANEXO 1

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

ATENÇÃO profissional de saúde responsável pelo preenchimento:
TODOS os itens deste formulário são de preenchimento obrigatório.

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: ____/____/____		2.4. Idade: _____		2.5. Sexo: 1. () M 2. () F
2.6. Telefone de contato: (DDD)				
2.7. Reside com:	1. Sozinho ()	2. Pai e/ou mãe ()	3. Cônjuge ()	4. Outros () Especifique:
2.8 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: _____			



2.9 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. Descreva: _____

Formulário desenvolvido por Susilene Maria Tonelli Nardi 25/10/2023 (Nardi, 2023). Atualizado em 13/09/2024.

3. DADOS CLINICOS

3.1.. Prontuário: _____			
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 5.() Outra. Cite: _____		
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. Se sim, especifique:			
3.9. Apresenta deficiências nos pés? 1. () sim 2. () Não.			
3.10. Especifique abaixo com o maior detalhamento as deficiências visíveis nos pés:			
3.10.1. Direito:			
() não se aplica			



3.10.2. Esquerdo:			() não se aplica
3.11. Quando começou a apresentar deficiências visíveis no pé? _____			() não se aplica
4. Paciente tem ou já teve calçado adaptado?	1. Sim ()	2. Não ()	
4.1. Se já tem ou teve, o paciente a utiliza?	1. Sim ()	2. Não ()	3. não se aplica ()
4.2. Se a resposta for NÃO.		4.2.1. Cite o motivo de Não utilizar:	
		4.2.2. Cite o Tipo de calçado/adaptação que teve ou tem:	
		4.2.3. não se aplica ()	

Formulário desenvolvido por Susilene Maria Tonelli Nardi 25/10/2023 (Nardi, 2023). Atualizado em 13/09/2024.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS		
O paciente apresenta:	Direito	Esquerdo
4.1. perda da sensação de pressão profunda na(s) planta(s) do(s) pé(s)? (não sente o monofilamento 300gf - vermelho X)	1. Sim () 2. Não ()	1. Sim () 2. Não ()
4.2. flexão dos dedos do(s) pé(s) (garra)?	1. Sim () 2. Não ()	1. Sim () 2. Não ()
4.2.1. Se sim, a “garra” é móvel ou rígida? não se aplica ()	1. Móvel () 2. Rígida ()	1. Móvel () 2. Rígida ()
4.3. úlcera/ ferimento na planta do pé?	1. Sim () 2. Não ()	1. Sim () 2. Não ()
4.3.1. se sim, está em tratamento contínuo com médico e enfermeiro/estomoterapeuta? não se aplica ()	1. Sim () 2. Não ()	1. Sim () 2. Não ()
4.4. articulação subtalar (do calcanhar) rígida ou apresenta limitação?	1. Sim () 2. Não ()	1. Sim () 2. Não ()
4.5. reabsorção óssea?	1. Sim () 2. Não ()	1. Sim () 2. Não ()
4.5.1. se sim, descreva o(s) local(is) da reabsorção(ões) não se aplica ()	Descreva:	
4.5.2. a reabsorção é maior que 1/3 do comprimento do OSSO acometido?	1. Sim () 2. Não ()	1. Sim () 2. Não ()

