



Formulário – FR-AST

Solicitação de Terapias Especiais para TEA

Dados do Beneficiário

Nome do beneficiário

Idade

Idade do diagnóstico

CPF

Orientações

O objetivo do Laudo de Avaliação Médica é de possibilitar que médicos de diferentes especialidades possam direcionar os beneficiários que preenchem os critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelo DSM V e aqueles que estão em investigação diagnóstica para o setor de tratamento específico.

É importante que o beneficiário que preencher os critérios diagnósticos para TEA, seja encaminhado para a avaliação de uma equipe multidisciplinar, composta por terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e psicóloga, para que estas profissionais definam os tipos de terapias e os números de sessões que serão necessárias para cada beneficiário.

A reavaliação do Médico Prescritor que solicitou os tratamentos multidisciplinares deverá ocorrer a **cada 06 meses.**

Os profissionais que atenderem as terapias deverão encaminhar o relatório terapêutico a **cada 03 meses.**

Atesto que o beneficiário supracitado possui a (s) deficiência (s) abaixo assinaladas:

Critérios Diagnósticos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) do Transtorno do Espectro Autista - F.84 (CID-10) ou 6A02.0 (CID-11)

Critérios de Eixo A:

Déficits persistentes na comunicação social e interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia:

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesse, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando de dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesse por pares.

Critérios de EIXO B:

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos por dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia:

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (estereotipais motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).



Formulário – FR-AST

Solicitação de Terapias Especiais para TEA

2. 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).

3. 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).

4. 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).

A. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

B. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

Esses distúrbios não são melhor explicados por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual e transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Há presença de comprometimento intelectual concomitante?

Sim Não

Há histórico familiar de Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

Sim Não

Houve intercorrências no parto ou no período gestacional?

Sim Não

Na presença de intercorrências, especifique:

Apresenta comorbidades neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral...)

Sim Não



Formulário – FR-AST Solicitação de Terapias Especiais para TEA

Apresenta alguma síndrome genética (Sd. do X-frágil, Sd. de Down...)

Sim Não

Pediatra realizou o acompanhamento do IVD - Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento (Caderneta de Saúde da Criança)?

Sim Não

Paciente já realizou teste M-CHAT? Se assinalar sim, indicar o resultado.

Sim Não

Assinale o Nível de Suporte do paciente, de acordo com os critérios do DSM V*.

Nível 1 - Exigindo apoio Nível 2 - Exigindo apoio substancial Nível 3 - Exigindo apoio muito substancial

Há suspeita de outro diagnóstico?

() sim () não

Se sim, quais exames foram realizados até o momento?

- BERA
 Tomografia Computadorizada de Crânio
 Ressonância Nuclear Magnética de Encéfalo
 Eletroencefalograma
 Genética
 Outros

OBS: Caso beneficiário tenha realizado algum desses exames, no momento da solicitação das terapias anexar laudo do(s) exame(s).

Foi encaminhado para alguma outra especialidade médica para acompanhamento?

() sim () não

Se sim, qual especialidade?

- Neuropediatra
 Psiquiatra infantil
 Outros



Formulário – FR-AST

Solicitação de Terapias Especiais para TEA

Unimed 
Nordeste-RS

Identificação do Médico

Médico responsável	CRM	Especialidade
--------------------	-----	---------------

A Unimed Nordeste RS se compromete, no exercício de seus direitos e deveres, a cumprir a legislação aplicável sobre a segurança da informação, privacidade e proteção dos dados pessoais constantes neste formulário, com a finalidade de avaliação técnica da solicitação de TEA e tutela da saúde do beneficiário."

Assinatura

_____, ____/____/____.

Local e data