

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

Nome do Examinado:			
Data de nascimento: _ / _ / _	CPF: _ - _ - _	Identidade: _ - _ - _	Sexo: _
Endereço: _____ _____			
CEP: _ - _ - _			

DEFICIÊNCIA

CATEGORIA: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:

1. Diagnóstico: _____
2. CID: _____
3. Resultado dos exames solicitados: _____
4. Resultados dos exames complementares: _____
5. Conduta terapêutica: _____
6. Prognóstico: _____
7. Indique as consequências à saúde do paciente: _____
8. O quadro apresentado é reversível? () Sim () Não. Caso positivo, qual o tempo estimado? _____.
9. A deficiência é persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social? () Sim () Não
10. Há ausência de reciprocidade social? () Sim () Não
11. Apresenta falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento? () Sim () Não
12. Apresenta padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns? () Sim () Não
13. Apresenta excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados, e interesses restritos e fixos? () Sim () Não
14. O deficiente necessita de acompanhante para seu deslocamento? () Sim () Não
15. Observações complementares: _____

Maceió/Al, ____ de _____ de _____.

Carimbo, assinatura e numero de CRM