



ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO- **PREENCHER TODOS OS CAMPOS**

Nome:	
CNS/CPF:	D.N: ____/____/____
Endereço:	UBS:

O usuário deverá ser encaminhado para o Serviço de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (DI/TEA) quando houver suspeita ou diagnóstico de DI/TEA.

1. ASSINALE O MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

- Suspeita de DI/TEA
- Diagnóstico confirmado de DI/TEA
- Atraso Global do desenvolvimento
- Transferência de cuidado*

* em caso de mudança de domicílio, visando garantir a continuidade do atendimento do usuário que já frequenta serviço de reabilitação intelectual, modalidade única.

2. DESCRIÇÃO DO QUADRO ATUAL:

Idade de início do quadro: _____

Alterações de: linguagem sono alimentação comportamento
 higiene pessoal socialização

Descreva: evolução dos sintomas, distúrbios, etc:

Histórico de transtornos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados do paciente ou familiares: NÃO SIM

Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia e por quanto tempo):

Terapias/Tratamentos atuais: não sim : psicólogo fonoaudiólogo
 fisioterapeuta terapeuta ocupacional neurologista/psiquiatra



() outra especialidade (qual?-
_____)

Descreva: História familiar de TEA/ deficiência intelectual ou pais consanguíneos: _____

Exames auditivos realizados: () TAN () PEATE () Audiometria resultado: _____

Comorbidades: () TDAH () Ep. depressivo atual () T. ansiedade atual

() doenças neurológicas () doença somática: _____

() outros: _____

3. RESULTADO DOS INSTRUMENTOS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:

Atraso nos marcos do desenvolvimento:

Data da aplicação: ____/____/____ () NÃO () SIM Quais?

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança (Ministério Saúde, 2024): () Provável Atraso do Desenvolvimento () Alerta para o Desenvolvimento () Desenvolvimento adequado

Escala M-CHAT-R (Preencher somente para pacientes entre 16 a 30 meses de idade)* Pontuação Total Escala **M-CHAT-R 16 e/ou 18m:** _____

Data da aplicação escala: ____/____/____

() Baixo risco: entre 0-2 () Risco médio: entre 3-7 () Risco elevado: entre 8-20

Pontuação Total Escala **M-CHAT-R 30 m:** _____ Data da aplicação

escala: ____/____/____ () Baixo risco: entre 0-2 () Risco médio: entre 3-7 () Risco

elevado: entre 8-20

Escala CARS: () não-autismo: abaixo de 30 () autismo moderado: 30-36,5

() autismo grave: 37-60

Outro instrumento de rastreio/ avaliação (qual? fornecer o resultado):

*Lei Federal Nº 13.438/2017 tornou obrigatório que toda a criança seja triada entre 18-24 meses para o TEA, mesmo que tenha sinais clínicos e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento.

4. VIGILÂNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR para usuários matriculados (anexar relatório da escola/creche)

5. TRANSFERÊNCIA E CUIDADO ENTRE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL - MODALIDADE ÚNICA
Transferência de: _____ (prestador) Para: _____ (prestador)

* Ao serviço responsável pela transferência cabe encaminhar relatório de desligamento por mudança de município, enviar cópia do PTS em andamento, e orientar que o usuário procure a unidade básica de saúde mais próxima de sua nova residência para garantia do atendimento na ordenadora do cuidado em DI / TEA. Devem orientar a família de que o atendimento é prioritário desde que haja vaga na instituição referência do novo município.