

Formulário de encaminhamento – Terapia da Fala

Tenho notado que o Sr. (a) _____, cama nº: _____, apresenta:

Alterações na orientação espacial e/ou temporal	
Alterações na produção de discurso	
Alterações de visão, com consequência na leitura	
Alterações auditivas/sinais de perda auditiva	
Alterações na comunicação	
Desorientação frequente	
Distrações frequentes	
Pedidos sistemáticos ao interlocutor para repetição da mensagem	
Dificuldades na resolução de problemas	
Alterações na capacidade de expressar necessidades ou desejos	
Desconforto e desinteresse em atividades anteriormente agradáveis	
Tendência para isolamento	
Perda significativa de peso	
Retenção de alimentos no interior da cavidade oral	
Encerramento labial ineficaz	
Voz molhada	
Pneumonias frequentes	
Frequentes picos de temperatura	
Perda de alimentos da cavidade oral	
Alterações de mastigação	
Desidratação	
Tosse ou engasgo durante a alimentação	
Enfraquecimento gradual	

Após o preenchimento deste formulário, por favor envie-o para o Serviço de Terapia da Fala ou entregue ao enfermeiro responsável.

Muito obrigada pela atenção prestada aos nossos utentes!

Assinatura do profissional

_____, ____ de _____ de 20____