

Treating doctor's report (Outside Australia) Relatório do Médico Assistente (Fora da Austrália)

TDR

Patient's details
Dados do Paciente

Name
Nome

Address
Endereço

Country
País

Date of birth
Data de nascimento

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

Customer Centrelink Reference Number
Número de Referência do Centrelink do Cliente

	-		-		-	
--	---	--	---	--	---	--

Instructions for the patient / Instruções para o paciente

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension. Only use this form for medical assessments if you are outside of Australia.
Este relatório será usado para ajudar a determinar se é medicamente elegível para receber uma Pensão de Invalidez australiana. Use este formulário para avaliação médica apenas se se encontrar fora da Austrália.

What you should do
O que deve fazer

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.
You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.
Deve levar este relatório ao seu médico assistente. Quando marcar a consulta, por favor informe o seu médico que necessita que este relatório seja preenchido para avaliar a sua elegibilidade para receber uma Pensão de Invalidez australiana. Você é responsável por quaisquer custos de obtenção deste relatório. Peça ao seu médico o relatório preenchido de volta e envie-o aos Serviços Internacionais na Austrália a menos que o seu médico o envie em seu nome.

Continued ►
Continuação



CLK0AUS109PT 2011

Privacy and your personal information

A privacidade e as suas informações pessoais

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

A privacidade e segurança das suas informações pessoais são importantes para nós, e estão protegidas pela lei. Precisamos recolher esta informação de modo a poder processar e gerir os seus requerimentos e pagamentos, e para lhe fornecer serviços. Apenas partilhamos as suas informações com outras partes quando tenha dado o seu acordo, ou quando a lei o permita ou exija. Para mais informações visite servicesaustralia.gov.au/privacy

Authority to release information

Autorização para divulgação de informação

- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by Services Australia of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Services Australia.
- I consent to any decision of Services Australia to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Autorizo o Services Australia e/ou o avaliador médico a obterem, do(s) meu(s) médico(s), de outros profissionais de saúde e de estabelecimentos públicos ou privados de saúde que eu tenha visitado, qualquer informação médica necessária para decidir sobre a minha qualificação para uma pensão.
- Autorizo o Services Australia e/ou o avaliador médico a obterem, de quaisquer estabelecimentos públicos ou privados de educação que eu tenha frequentado ou esteja atualmente a frequentar, qualquer informação médica necessária para decidir sobre a minha qualificação para uma pensão.
- Consinto à divulgação, pelo Services Australia, de informação relevante neste relatório a fornecedores de serviços aos quais possa ser encaminhada/o pelos Services Australia.
- Assinto com qualquer decisão do Services Australia para me encaminhar a qualquer avaliação adicional necessária, com base na recomendação do avaliador médico.

Patients signature
Assinatura do paciente



Date
Data

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Services Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Services Australia to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Instruções para o médico

Acerca deste relatório

Este relatório será usado para ajudar a determinar se o seu paciente é medicamente elegível para receber uma Pensão de Invalidez australiana.

Pagamento pelo relatório

Pedimos ao seu paciente que o/a informe quando da marcação da consulta que lhe pedirá que preencha este relatório. Isto é para garantir que tem tempo suficiente para efectuar o exame. O seu paciente foi informado que é responsável por quaisquer custos de obtenção deste relatório.

Preenchendo este relatório

Neste relatório ser-lhe-á pedido que forneça pormenores clínicos sobre as condições de saúde do paciente. Por favor preencha todas as partes necessárias deste relatório.

A incapacidade deve ser avaliada quando o paciente estiver a usar quaisquer meios auxiliares, equipamento ou tecnologia de apoio que use normalmente (por exemplo, aparelhos auditivos, óculos, lentes de contacto ou próteses).

Enviando-nos o relatório

Por favor envie-nos este relatório diretamente bem como quaisquer apêndices, o mais breve possível, ou, se preferir, entregue o relatório e quaisquer apêndices ao seu paciente para que ele/a no-los devolva.

Sobre as informações que nos fornecer

Confidencialidade de Informação

As informações pessoais que lhe são fornecidas para os propósitos deste relatório devem ser mantidas confidenciais sob a Seção 202 da Lei da Segurança Social (Administração) de 1999 [*Social Security (Administration) Act 1999*]. Não pode ser divulgada a ninguém a menos que autorizado por lei.

Existem multas por ofensas contra a seção 202 of da Lei da Segurança Social (Administração) de 1999.

Divulgação de informações

A lei *Freedom of Information Act 1982* permite a divulgação de informações médicas ou psiquiátricas diretamente ao indivíduo em causa. Se houver qualquer informação que, se divulgada ao seu paciente, possa afetar a saúde física ou mental do mesmo, o Services Australia poderá entrar em contato consigo. Por favor indique na PARTE i se deseja que o Services Australia entre em contato consigo. Do mesmo modo, por favor especifique quaisquer outras circunstâncias especiais que devam ser tidas em conta.

A privacidade e as suas informações pessoais

A privacidade e segurança das suas informações pessoais são importantes para nós, e estão protegidas pela lei. Precisamos recolher esta informação de modo a poder processar e gerir os seus requerimentos e pagamentos, e para lhe fornecer serviços. Apenas partilhamos as suas informações com outras partes quando tenha dado o seu acordo, ou quando a lei o permita ou exija. Para mais informações visite servicesaustralia.gov.au/privacy

3 The diagnosis is:
O diagnóstico está:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confirmado Quem confirmou o diagnóstico?

Name
Nome

Qualifications
Qualificações

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presumido Estão planeadas outras investigações/avaliações para confirmar o diagnóstico?

No
Não

Yes
Sim

4 What was the date of diagnosis?
Qual foi a data do diagnóstico?

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

5 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Qual foi a data do início dos sintomas (se conhecida)?

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

6 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Qual é o prognóstico desta doença?
Forneça um período de tempo, se aplicável.

Treatment / Tratamento

7 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Que tratamento está atualmente a ser administrado para esta doença (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

8 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Qual é a eficácia do tratamento atual?

Descreva a resposta ao tratamento e o grau de controlo dos sintomas.

9 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Descreva quaisquer efeitos adversos do tratamento, incluindo a sua gravidade.

10 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Que tratamento foi administrado no passado (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?

Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

11 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

O paciente usa ou utiliza quaisquer meios auxiliares, equipamentos ou tecnologia de apoio para esta doença?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

12 Is any future treatment planned for this condition?
Está planeado qualquer tratamento futuro para esta doença?

No **Go to 14**
Não **Avance para a pergunta 14**

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

13 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Que benefício se espera do tratamento futuro?
Especifique a melhoria dos sintomas *e* da capacidade funcional.

14 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique o grau de adesão do paciente ao tratamento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Alto grau de adesão Geralmente adere Raramente adere Incerto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Especifique quaisquer problemas relacionados com o acesso ou administração do tratamento adequado que afetem o grau de adesão.

Current symptoms / Sintomas atuais

15 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Atualmente, que sintomas persistem **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio?
Seja específico e inclua a gravidade, frequência e duração dos sintomas.

- 16** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Pormenores sobre como esta condição atualmente afeta a capacidade funcional do paciente **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio:
- A** Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?
 O paciente é capaz de realizar tarefas fisicamente ativas em casa e na comunidade, sem dificuldade? No Não Yes Sim
- B** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?
 O paciente é capaz de andar (ou deslocar-se de forma independente numa cadeira de rodas) até ao comércio local? No Não Yes Sim
- C** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?
 O paciente é capaz de andar (ou deslocar-se de forma independente numa cadeira de rodas) até ao comércio local sem parar para descansar? No Não Yes Sim
- D** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?
 O paciente é capaz de andar (ou deslocar-se de forma independente numa cadeira de rodas) até a um centro comercial ou supermercado sem ajuda? No Não Yes Sim
- E** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?
 O paciente é capaz de andar (ou deslocar-se de forma independente numa cadeira de rodas) num centro comercial sem ajuda? No Não Yes Sim
- F** Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?
 O paciente é capaz de subir um lance de escadas ou subir em cadeira de rodas uma rampa comprida e inclinada? No Não Yes Sim
- G** Can the patient use public transport without assistance?
 O paciente pode usar transporte público sem ajuda? No Não Yes Sim
- H** Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?
 O paciente é fisicamente capaz de efetuar atividades domésticas leves (por exemplo, dobrar e guardar roupa)? No Não Yes Sim
- I** Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?
 O paciente é capaz de efetuar atividades domésticas quotidianas sem dificuldade (por exemplo, mudar os lençóis de uma cama ou varrer)? No Não Yes Sim
- J** Can the patient move around inside the home without assistance?
 O paciente consegue movimentar-se dentro de casa sem ajuda? No Não Yes Sim
- K** Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?
 O paciente necessita de tratamento com oxigénio durante o dia ou para se deslocar? No Não Yes Sim

L Describe any other impacts.
 Descreva quaisquer outros impactos.

17 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
 A doença afeta a capacidade de comparecer e participar efetivamente em atividades de trabalho, educação ou formação?

- No *Go to next question*
 Não *Avance para a próxima pergunta*
- Yes *Give details below*
 Sim *Forneça pormenores abaixo*

18 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
 Espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente persista durante:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
 Menos de 3 meses 3-24 meses Mais de 24 meses

19 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Nos próximos 2 anos espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente:

- Resolve
 Se resolva
- Significantly improve
 Melhore significativamente
- Slightly improve
 Melhore ligeiramente
- Fluctuate
 Flutue
- Remain unchanged
 Não se altere
- Deteriorate
 Se deteriore
- Uncertain
 Incerto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
 Especifique a capacidade funcional a ser alcançada dentro de 24 meses.

20 Is this condition episodic or fluctuating?
 Esta doença é episódica ou flutuante?

- No *Go to next question*
 Não *Avance para a próxima pergunta*
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
 Sim *Descreva a frequência, duração e gravidade dos episódios ou descreva como a doença flutua. Inclua um comentário sobre a capacidade para trabalhar, durante e entre episódios ou sintomas flutuantes.*

21 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
*História desta doença.
Forneça pormenores das causa subjacentes e fatores contribuintes.*

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

22 Provide any additional comments about this condition.
Forneça quaisquer comentários adicionais sobre a doença.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

PART B – Conditions impacting spinal function

PARTE B – Doenças que afetam a função da coluna

PART B should be completed for conditions impacting spinal function including but not limited to: spinal cord injury, spinal stenosis, cervical spondylosis, lumbar radiculopathy, herniated or ruptured disc, spinal cord tumours, and arthritis or osteoporosis involving the spine.

A PARTE B deve ser preenchida para doenças que tenham impacto sobre a função da coluna incluindo, mas não limitadas a: lesão da espinal medula, estenose espinal, espondilose cervical, radiculopatia lombar, disco com hérnia ou rutura, tumores da espinal medula e artrite ou osteoporose envolvendo a coluna vertebral.

- 23 Does the patient have a condition impacting spinal function?
O paciente tem uma doença que afeta a função da coluna?
- No **Go to PART C**
Não **Avance para a PARTE C**
- Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instruções para o médico

Se o paciente tiver mais do que uma doença deste tipo, forneça pormenores sobre a doença *mais afeta* a capacidade funcional. Dados sobre outras doenças podem ser fornecidos na PARTE F.

Por favor, responda às seguintes perguntas com base na avaliação clínica, resultados de testes e investigações, e do conhecimento científico atual.

Os sintomas comunicados pelos doentes, só por si, não são suficientes.

-  **Attach**
- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only) along with reports from physiotherapists or other rehabilitation practitioners confirming loss of range of movement in the spine or other effects of the spinal disease or injury, if available.
- Anexe:**
- um relatório do médico ou do especialista que normalmente trata esta doença (se não você), e
 - cópias de resultados de testes e investigação relevantes (por exemplo, raios X ou outras imagens - apenas relatórios), juntamente com relatórios de fisioterapeutas ou outros profissionais de reabilitação que confirmem a perda de amplitude de movimento da coluna vertebral ou outros efeitos da doença ou lesão da coluna, se disponíveis.

Diagnosis / Diagnóstico

- 24 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
Qual é o diagnóstico?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, inclua o código da Classificação Internacional de Doenças e/ou estágio, se relevante).

30 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Qual é a eficácia do tratamento atual?

Descreva a resposta ao tratamento e o grau de controlo dos sintomas.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Descreva quaisquer efeitos adversos do tratamento, incluindo a sua gravidade.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Que tratamento foi administrado no passado (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?

Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

O paciente usa ou utiliza quaisquer meios auxiliares, equipamentos ou tecnologia de apoio para esta doença?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

34 Is any future treatment planned for this condition?
Há algum tratamento futuro planeado para esta doença?

No **Go to 36**
Não **Avance para a pergunta 36**

Yes Give details below
Sim **Forneça pormenores abaixo**

35 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Que benefício se espera do tratamento futuro?
Especifique a melhoria dos sintomas *e* da capacidade funcional.

36 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique o grau de adesão do paciente ao tratamento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Alto grau de adesão Geralmente adere Raramente adere Incerto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Especifique quaisquer problemas relacionados com o acesso ou administração do tratamento adequado que afetem o grau de adesão.

Current symptoms / Sintomas atuais

37 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Atualmente, que sintomas persistem **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio?
Seja específico e inclua a gravidade, frequência e duração dos sintomas.

<p>38 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology:</p> <p>Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition). Pormenores sobre como esta doença afeta atualmente a capacidade funcional do paciente apesar do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio:</p> <p>Nota: As respostas devem refletir apenas limitações da doença da coluna. As respostas NÃO devem refletir limitações causadas por qualquer outra doença (por exemplo, de um membro superior ou inferior).</p>	<p>A Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? Existe alguma restrição de flexão para a frente da coluna vertebral toracolombar?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to E Não Siga para E</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to B Sim Siga para B</p>
	<p>B Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty? O paciente consegue dobrar-se até ao nível do joelho e voltar a endireitar-se sem dificuldade?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>C Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height? O paciente consegue curvar-se para a frente para levantar um objeto ligeiro à altura do joelho?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>D Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table? O paciente consegue curvar-se para a frente levantar um objeto ligeiro de cima de uma secretária ou mesa?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>E Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Existe qualquer restrição de rotação da coluna toracolombar?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>F Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Existe qualquer restrição de rotação ou extensão da coluna cervical?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to K Não Siga para K</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to G Sim Siga para G</p>
	<p>G Can the patient perform any overhead activities? O paciente consegue efetuar quaisquer atividades acima do nível da cabeça?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>H Can the patient perform overhead activities without difficulty? O paciente consegue efetuar atividades acima do nível da cabeça, sem dificuldade?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>I Does the patient have some difficulty with overhead activities? O paciente tem alguma dificuldade em efetuar atividades acima do nível da cabeça?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>J Can the patient sustain overhead activities? O paciente consegue manter atividades acima do nível da cabeça?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>K Is there restriction of some or all cervical spine movements? Existe restrição de algum ou de todos os movimentos da coluna cervical?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to P Não Siga para P</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to L Sim Siga para L</p>
	<p>L Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? O paciente tem alguma dificuldade com os movimentos da coluna cervical?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>M Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? O paciente tem dificuldade com os movimentos da coluna cervical em todas as direções?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>N Is there complete loss of cervical spine rotation? Há uma perda completa de rotação da coluna cervical?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>O Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Há uma perda completa da flexão da coluna cervical para a frente?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>P Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? O paciente consegue permanecer sentado durante mais de 30 minutos?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to Q Não Siga para Q</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to R Sim Siga para R</p>
	<p>Q Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? O paciente consegue permanecer sentado durante mais de 10 minutos?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>R Is the patient able to get up out of a chair without assistance? O paciente consegue levantar-se de uma cadeira sem ajuda?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>

S Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)?
O paciente tem movimento da coluna vertebral suficiente para realizar as atividades básicas da vida quotidiana (por exemplo, vestir-se, tomar banho, tomar duche ou efetuar tarefas domésticas leves)?

No Yes
Não Sim

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function?
O paciente é totalmente incapaz de realizar atividades que envolvam a função da coluna?

No Yes
Não Sim

U Describe any other impacts.
Descreva quaisquer outros impactos.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
A doença afeta a capacidade de comparecer e participar efetivamente em atividades de trabalho, educação ou formação?

No *Go to next question*
Não *Avance para a próxima pergunta*

Yes *Give details below*
Sim *Forneça pormenores abaixo*

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente persista durante:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Menos de 3 meses 3-24 meses Mais de 24 meses

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Nos próximos 2 anos espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente:

Resolve
Se resolva

Significantly improve **Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.**
Melhore significativamente **Especifique a capacidade funcional a ser alcançada dentro dos próximos 24 meses.**

Slightly improve
Melhore ligeiramente

Fluctuate
Flutue

Remain unchanged
Não se altere

Deteriorate
Se deteriore

Uncertain
Incerto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Especifique a capacidade funcional a ser alcançada dentro dos próximos 24 meses.

42 Is this condition episodic or fluctuating?

Esta doença é episódica ou flutuante?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Sim Descreva a frequência, duração e gravidade dos episódios ou descreva como a doença flutua. Inclua um comentário sobre a capacidade para trabalhar, durante e entre episódios ou sintomas flutuantes.

Other information / Outra informação

43 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
História desta doença.
Forneça pormenores sobre as causas subjacentes e fatores contribuintes.

44 Provide any additional comments about this condition.
Forneça quaisquer comentários adicionais sobre a doença.

PART C – Conditions impacting upper limb function

PARTE C – Doenças que afetam a função dos membros superiores

PART C should be completed for conditions impacting upper limb function including but not limited to: arthritis, paralysis or loss of strength or sensation resulting from stroke or other brain or nerve injury, cerebral palsy or other condition affecting upper limb coordination, inflammation or injury of the muscles or tendons, amputation and absence of whole or part of the upper limb.

A PARTE C deve ser preenchida no caso de doenças que tenham um impacto sobre os membros superiores incluindo, mas não limitadas a: artrite, paralisia ou perda de força ou sensação resultantes de um acidente vascular cerebral ou de outra lesão cerebral ou dos nervos, paralisia cerebral ou outras doenças que afetem a coordenação dos membros superiores, inflamação ou lesão dos músculos ou tendões, amputação e ausência de todo ou parte do membro superior.

- 45 Does the patient have a condition impacting upper limb function?
O paciente tem uma doença que afeta a função dos membros superiores?
- No **Go to PART D**
Não **Avance para a PARTE D**
- Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instruções para o médico

Se o paciente tiver mais do que uma doença deste tipo, forneça pormenores sobre a doença que *mais afeta* a capacidade funcional. Dados sobre outras doenças podem ser fornecidos na PARTE F.

Por favor, responda às seguintes perguntas com base na avaliação clínica, resultados de testes e investigações, e do conhecimento científico atual.

Os sintomas comunicados pelos doentes, só por si, não são suficientes.

-  Attach: • a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
• copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Anexe: • um relatório do médico ou especialista que normalmente trata esta doença (se não você), e
• cópias de resultados de testes e investigação relevantes (por exemplo, raios X ou outras imagens - apenas relatórios), juntamente com os resultados de testes físicos e avaliações de função, se disponíveis.

Diagnosis / Diagnóstico

- 46 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
Qual é o diagnóstico?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, inclua o código da Classificação Internacional de Doenças e/ou estágio, consoante seja relevante).

47 The diagnosis is:
O diagnóstico está:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confirmado Quem confirmou o diagnóstico?

Name

Nome

Qualifications

Qualificações

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presumido Estão planeadas outras investigações/avaliações para confirmar o diagnóstico?

No
Não

Yes
Sim

48 What was the date of diagnosis?
Qual foi a data do diagnóstico?

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

49 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Qual foi a data do início dos sintomas (se conhecida)?

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

50 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Qual é o prognóstico desta doença?
Forneça um período de tempo, se aplicável.

Treatment / Tratamento

51 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Que tratamento está atualmente a ser administrado para esta doença (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

52 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Qual é a eficácia do tratamento atual?

Descreva a resposta ao tratamento e o grau de controlo dos sintomas.

53 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Descreva quaisquer efeitos adversos do tratamento, incluindo a sua gravidade.

54 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Que tratamento foi administrado no passado (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?

Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

55 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

O paciente usa ou utiliza quaisquer meios auxiliares, equipamentos ou tecnologia de apoio para esta doença?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

56 Is any future treatment planned for this condition?
Há algum futuro tratamento planeado para esta doença?

No **Go to 58**
Não **Avance para a pergunta 58**

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

57 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Que benefício se espera do futuro tratamento?
Especifique a melhoria dos sintomas e da capacidade funcional.

58 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique o grau de adesão do paciente ao tratamento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Alto grau de adesão Geralmente adere Raramente adere Incerto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Especifique quaisquer problemas relacionados com o acesso ou administração do tratamento adequado que afetem os grau de adesão.

Current symptoms / Sintomas atuais

59 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Atualmente, que sintomas persistem **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio?
Seja específico e inclua a gravidade, frequência e duração dos sintomas.

60 Which limb is affected?
Que membro está afetado?

Left Right
Esquerdo Direito

61 Is the patient left or right dominant?
O paciente é canhoto ou destro?

Left Right
Canhoto Destro

62 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Pormenores sobre como esta condição atualmente afeta a capacidade funcional do paciente **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio:

A Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty?
 O paciente consegue pegar, manusear, manipular e usar a maioria dos objetos usados no dia-a-dia sem dificuldade? No Não Yes Sim

B Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)?
 O paciente consegue levantar objetos pesados sem dificuldade (por exemplo, uma embalagem de 2 litros de líquido ou um saco de compras cheio)? No Não Yes Sim

C Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)?
 O paciente consegue manusear objetos muito pequenos sem dificuldade (por exemplo, moedas)? No Não Yes Sim

D Can the patient do up buttons without difficulty?
 O paciente consegue abotoar botões sem dificuldade? No Não Yes Sim

E Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty?
 O paciente consegue esticar ou levantar o braço para pegar objetos sem dificuldade? No Não Yes Sim

F Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty?
 O paciente consegue pegar numa embalagem de 1 litro de líquido sem dificuldade? No Não Yes Sim

G Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty?
 O paciente é capaz de pegar objetos ligeiros usando as duas mãos, sem dificuldade? No Não Yes Sim

H Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty?
 O paciente é capaz de segurar e usar uma caneta ou um lápis sem dificuldade? No Não **Go to I**
 Yes Sim **Siga para I**
 Yes Sim **Go to J**
 Yes Sim **Siga para J**

I The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one):
 O grau de dificuldade para segurar e usar uma caneta ou um lápis é (selecione uma opção): Mild Ligeiro Moderate Moderado Severe Grave

J Can the patient use a standard keyboard without difficulty?
 O paciente consegue usar um teclado padrão sem dificuldade? No Não **Go to K**
 Yes Sim **Siga para K**
 Yes Sim **Go to L**
 Yes Sim **Siga para L**

K Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty?
 Em caso negativo, o paciente consegue usar um teclado de computador com as devidas adaptações sem dificuldade? No Não Yes Sim

L Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty?
 O paciente é capaz de desenroscar a tampa de uma garrafa de refrigerante sem dificuldade? No Não Yes Sim

M Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional?
 O paciente tem uma amputação que faz com que uma mão ou um braço não seja funcional? No Não Yes Sim

N Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (**Note:** Both hands or both arms)?
 O paciente tem movimentos ou coordenação limitados quer das mãos ou dos braços que limitem atividades seriamente (**Nota:** Ambas as mãos ou ambos os braços)? No Não Yes Sim

O Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device?
 O paciente usa ou utiliza próteses ou dispositivos de apoio? No Não **Go to R**
 Yes Sim **Siga para R**
 Yes Sim **Go to P**
 Yes Sim **Siga para P**

P Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects?
Em caso afirmativo, há alguma dificuldade em manusear, movimentar ou transportar a maioria dos objetos? No **Go to R**
Não **Siga para R**
Yes **Go to Q**
Sim **Siga para Q**

Q The degree of difficulty handling, moving or carrying most objects is (tick one):
O grau de dificuldade em manusear, movimentar ou transportar a maioria dos objetos é (selecione uma opção): Mild Moderate Severe
Ligeiro Moderado Grave

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and without assistance?
O paciente é capaz de virar as páginas de um livro sem dificuldade e sem ajuda? No **Go to S**
Não **Siga para S**
Yes **Go to T**
Sim **Siga para T**

S The degree of difficulty turning the pages of a book without assistance is (tick one):
O grau de dificuldades em virar as páginas de um livro sem ajuda é (selecione uma opção): Mild Moderate Severe
Ligeiro Moderado Grave

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms
(**Note:** Both hands or both arms)?
O paciente não tem a capacidade de usar as suas mãos ou braços
(**Nota:** ambas as mãos ou ambos os braços) No Yes
Não Sim

U Describe any other impacts.
Descreva quaisquer outros impactos.

63 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
A doença afeta a capacidade de comparecer e participar efetivamente em atividades de trabalho, educação ou formação? No **Go to next question**
Não **Avance para a próxima pergunta**
Yes Give details below
Sim **Forneça pormenores abaixo**

64 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente persista durante: Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Menos de 3 meses 3-24 meses Mais de 24 meses

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Nos próximos 2 anos espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente:

Resolve
Se resolva

Significantly improve
Melhore significativamente

Slightly improve
Melhore ligeiramente

Fluctuate
Flutue

Remain unchanged
Não se altere

Deteriorate
Se deteriore

Uncertain
Incerto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Especifique a capacidade funcional a ser alcançada dentro de 24 meses.

66 Is this condition episodic or fluctuating?
Esta doença é episódica ou flutuante?

No *Go to next question*
Não *Avance para a próxima pergunta*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Sim Descreva a frequência, duração e gravidade dos episódios ou descreva como a doença flutua. Inclua um comentário sobre a capacidade para trabalhar, durante e entre episódios ou sintomas flutuantes.

Other information / Outra informação

67 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
História desta doença.
Forneça pormenores sobre as causas subjacentes e fatores contribuintes.

68 Provide any additional comments about this condition.
Forneça quaisquer comentários adicionais sobre a doença.

PART D – Conditions impacting lower limb function

PARTE D – Doenças que afetam a função dos membros inferiores

PART D should be completed for conditions impacting lower limb function including but not limited to: arthritis, paralysis or loss of strength or sensation resulting from stroke or other brain or nerve injury, cerebral palsy or other condition affecting lower limb coordination, inflammation or injury of the muscles or tendons, amputation and absence of whole or part of the lower limb.

A PARTE D deve ser preenchida no caso de doenças que tenham um impacto sobre os membros inferiores incluindo, mas não limitadas a: artrite, paralisia ou perda de força ou sensação resultante de um acidente vascular cerebral ou outra lesão cerebral ou dos nervos, paralisia cerebral ou outras doenças que afetem a coordenação dos membros inferiores, inflamação ou lesão dos músculos ou tendões, amputação e ausência de todo ou parte do membro inferior.

- 69 Does the patient have a condition impacting lower limb function?
 O paciente tem uma doença que afeta a função dos membros inferiores?
- No **Go to PART E**
 Não **Avance para a PARTE E**
- Yes Give details below
 Sim Forneça pormenores abaixo

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instruções para o médico

Se o paciente tiver mais do que uma doença deste tipo, forneça pormenores sobre a doença que *mais afeta* a capacidade funcional. Pormenores sobre outras doenças podem ser fornecidos na PARTE F.

Por favor, responda às seguintes perguntas com base na avaliação clínica, resultados de testes e investigações, e do conhecimento científico atual.

Os sintomas comunicados pelos doentes, só por si, não são suficientes.

-  **Attach:**
- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Anexe:**
- um relatório do médico ou especialista que normalmente trata esta doença (se não você), e
 - cópias de resultados de testes e investigação relevantes (por exemplo, raios X ou outras imagens - apenas relatórios), juntamente com os resultados de testes físicos e avaliações de função, se disponíveis.

Diagnosis / Diagnóstico

- 70 What is the diagnosis?
 Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
 Qual é o diagnóstico?
 Forneça pormenores específicos (por exemplo, inclua o código da Classificação Internacional de Doenças e/ou estágio, consoante seja relevante).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

71 The diagnosis is:
O diagnóstico está:

Confirmed **Confirmação**

Who confirmed the diagnosis?
Quem confirmou o diagnóstico?

Name
Nome

Qualifications
Qualificações

Presumptive **Presumido**

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Estão planeadas outras investigações/avaliações para confirmar o diagnóstico?

No
Não

Yes
Sim

72 What was the date of diagnosis?
Qual foi a data do diagnóstico?

73 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Qual foi a data do início dos sintomas (se conhecida)?

74 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Qual é o prognóstico desta doença?
Forneça um período de tempo, se aplicável.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Treatment / Tratamento

75 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Que tratamento está atualmente a ser administrado para esta doença (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

76 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Qual é a eficácia do tratamento atual?

Descreva a resposta ao tratamento e o grau de controlo dos sintomas.

77 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Descreva quaisquer efeitos adversos do tratamento, incluindo a sua gravidade.

78 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Que tratamento foi administrado no passado (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?

Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

79 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

O paciente usa ou utiliza quaisquer meios auxiliares, equipamentos ou tecnologia de apoio para esta doença?

No *Go to next question*
Não *Avance para a próxima pergunta*

Yes *Give details below*
Sim *Forneça pormenores abaixo*

80 Is any future treatment planned for this condition?
 Há algum tratamento futuro planeado para esta doença?

No **Go to 82**
 Não **Avance para a pergunta 82**

Yes Give details below
 Sim **Forneça pormenores abaixo**

81 What is the expected benefit of future treatment?
 Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
 Que benefício se espera do futuro tratamento?
 Especifique a melhoria dos sintomas *e* da capacidade funcional.

82 Indicate compliance with recommended treatment:
 Indique o grau de adesão do paciente ao tratamento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
 Alto grau de adesão Geralmente adere Raramente adere Incerto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
 Especifique quaisquer problemas relacionados com o acesso ou administração do tratamento adequado que afetem o grau de adesão.

Current symptoms / Sintomas atuais

83 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
 Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
 Actualmente, que sintomas persistem **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio?
 Seja específico e inclua a gravidade, frequência e duração dos sintomas.

<p>84 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Pormenores sobre como esta condição afeta atualmente a capacidade funcional do paciente apesar do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio:</p>	<p>A Does the patient have difficulty walking? O paciente tem dificuldade em andar?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to I Não Siga para I</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to B Sim Siga para B</p>
	<p>B Can the patient walk to local facilities without difficulty? O paciente é capaz de caminhar até ao comércio local sem dificuldade?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>C Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest? O paciente é capaz de andar sem dificuldade em centros comerciais ou supermercado sem uma pausa para descanso?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>D How far can the patient walk outside their home? Que distância pode o paciente percorrer fora de casa?</p>	<input type="text"/>
	<p>E Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities? O paciente precisa de conduzir ou utilizar outro meio de transporte para chegar às lojas e instalações locais?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>F Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket? O paciente precisa de ajuda para andar num centro comercial ou supermercado?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>G Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket? O paciente precisa de ajuda para andar de um estacionamento até um centro comercial ou supermercado?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>H Is the patient unable to mobilise independently? O paciente não consegue deslocar-se de forma independente?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>I Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick? O paciente usa uma prótese num membro inferior ou uma bengala?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to K Não Siga para K</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to J Sim Siga para J</p>
	<p>J Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick? O paciente consegue deslocar-se eficazmente usando a prótese ou a bengala?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>K Does the patient use a wheelchair? O paciente usa uma cadeira de rodas?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to N Não Siga para N</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to L Sim Siga para L</p>
	<p>L Can the patient use the wheelchair independently? O paciente consegue usar a cadeira de rodas de forma independente?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>M Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance? O paciente consegue passar para a cadeira de rodas e sair da mesma sem ajuda?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>N Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)? O paciente usa dispositivos de apoio para andar? (por exemplo, bengala quádrupla, muletas ou andarrilho)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to Q Não Siga para Q</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to O Sim Siga para O</p>
	<p>O Does the patient move around independently using walking aids? O paciente desloca-se de forma independente usando dispositivos de apoio para andar?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>
	<p>P Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)? O paciente necessita de ajuda para se deslocar com dispositivos de apoio ao andar, ou seja, precisa do auxílio de uma outra pessoa para andar em certas superfícies)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Não Sim</p>

- Q** Can the patient stand unaided for at least 10 minutes?
O paciente consegue ficar de pé sem ajuda pelo menos durante 10 minutos? No **Go to R**
Não **Siga para R**
Yes **Go to S**
Sim **Siga para S**
-
- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
O paciente consegue ficar de pé sem ajuda durante 5-10 minutos? No Yes
Não Sim
-
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
O paciente consegue levantar-se sem ajuda depois de ter estado sentado? No Yes
Não Sim
-
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
O paciente consegue utilizar as escadas sem dificuldade? No **Go to U**
Não **Siga para U**
Yes **Go to W**
Sim **Siga para W**
-
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
O paciente tem alguma dificuldade em subir escadas? No Yes
Não Sim
-
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
O paciente não consegue utilizar escadas ou degraus sem ajuda? No Yes
Não Sim
-
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
O paciente consegue ajoelhar-se ou agachar-se e voltar a pôr-se de pé sem dificuldade? No Yes
Não Sim
-
- X** Can the patient use a motor vehicle?
O paciente consegue utilizar um veículo motorizado? No Yes
Não Sim
-
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
O paciente consegue usar um transporte público sem ajuda? No Yes
Não Sim

Z Describe any other impacts.
Descreva quaisquer outros impactos.

85 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
A doença afeta a capacidade de comparecer e participar efetivamente em atividades de trabalho, educação ou formação?

No **Go to next question**
Não **Avance para a próxima pergunta**

Yes **Give details below**
Sim **Forneça pormenores abaixo**

86 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente persista durante:

Less than 3 months
Menos de 3 meses

3-24 months
3-24 meses

More than 24 months
Mais de 24 meses

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Nos próximos 2 anos espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente:

Resolve
Se resolva

Significantly improve
Melhore significativamente

Slightly improve
Melhore ligeiramente

Fluctuate
Flutue

Remain unchanged
Não se altere

Deteriorate
Se deteriore

Uncertain
Incerto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Especifique a capacidade funcional a ser alcançada dentro de 24 meses.

88 Is this condition episodic or fluctuating?
Esta doença é episódica ou flutuante?

No *Go to next question*
Não *Avance para a próxima pergunta*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Sim *Descreva a frequência, duração e gravidade dos episódios ou descreva como a doença flutua. Inclua um comentário sobre a capacidade para trabalhar, durante e entre episódios ou sintomas flutuantes.*

Other information / Outra informação

89 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
História desta doença.
Forneça pormenores sobre as causas subjacentes e fatores contribuintes.

90 Provide any additional comments about this condition.
Forneça quaisquer comentários adicionais sobre a doença.

PART E – Psychiatric and psychological conditions

PARTE E – Doenças psiquiátricas e psicológicas

PART E should be completed for mental health conditions including but not limited to: chronic depressive/anxiety disorders, schizophrenia, bipolar affective disorder, eating disorders, somatoform disorders, pathological personality disorders, post traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder manifesting with predominantly behavioural problems, and behavioural problems related to acquired brain injury/ frontal lobe syndrome.

A PARTE E dever ser preenchida em caso de condições de saúde mental incluindo, mas não limitadas a: perturbações crónicas depressivas/de ansiedade, esquizofrenia, distúrbio afetivo bipolar, transtornos alimentares, transtornos somáticos, perturbações patológicas da personalidade, stress pós-traumático, défice de atenção e hiperatividade manifestando-se através de problemas predominantemente comportamentais, e problemas de comportamento relacionados com a lesão cerebral adquirida/síndrome do lobo frontal.

- 91 Does the patient have a psychiatric or psychological condition?
 O paciente tem uma doença do foro psiquiátrico ou psicológico?
- No **Go to PART F**
 Não **Avance para a PARTE F**
- Yes Give details below
 Sim Forneça pormenores abaixo

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instruções para o médico

Se o paciente tiver mais do que uma doença deste tipo, forneça pormenores sobre a doença que *mais afeta* a capacidade funcional. Pormenores sobre outras doenças podem ser fornecidos na PARTE F.

Por favor, responda às seguintes perguntas com base na avaliação clínica, resultados de testes e investigações, e do conhecimento científico atual.

Os sintomas comunicados pelos doentes, só por si, não são suficientes.

-  Attach a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you).
 Anexe um relatório do médico ou especialista que normalmente trata esta doença (se não você).

Diagnosis / Diagnóstico

- 92 What is the diagnosis?
 Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders code).
 Qual é o diagnóstico?
 Forneça pormenores específicos (por exemplo, inclua o código de Classificação Internacional de Doenças ou o código do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

93 The diagnosis is:
O diagnóstico está:

Confirmed Go to next question
Confirmado Avance para a próxima pergunta

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presumido Estão planeadas outras investigações/avaliações para confirmar o diagnóstico?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
O diagnóstico da doença foi efetuado por um psiquiatra?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Provide details of the treating psychiatrist
Sim Forneça os pormenores do psiquiatra assistente

Name
Nome

Qualifications
Qualificações

Address
Endereço


Country
País

Phone number
Telefone Country () Area code ()
País () Indicativo ()

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist. Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation. Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

Data(s) em que o paciente consultou este psiquiatra.
Se excederem 4, inclua a data da primeira consulta e data da consulta mais recente.

 Attach a report from this treating psychiatrist. This report MUST be attached.
Anexe um relatório deste psiquiatra assistente. Este relatório DEVE ser anexado.

► Go to 97
Avance para a pergunta 97

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?
Em caso negativo, o diagnóstico foi feito pelo médico assistente do paciente?

No ► *Go to next question*
Não *Avance para a próxima pergunta*

Yes ► Provide details of the treating doctor
Sim *Forneça os pormenores do médico assistente*

Name
Nome

Qualifications
Qualificações

Address
Endereço

Country
País

Phone number
Telefone
Country () Area code ()
País Indicativo ()

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.
Data(s) em que o paciente consultou este médico.


If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.
Se excederem 4, inclua a data da primeira consulta e data da consulta mais recente.

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

 Attach a report from this treating doctor. This report **MUST** be attached.
Anexe um relatório deste médico assistente. Este relatório **DEVE** ser anexado.

► *Go to next question*
Avance para a próxima pergunta

96 Has the diagnosis been confirmed by a clinical psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?
 O diagnóstico foi confirmado por um psicólogo clínico (um psicólogo com qualificações especializadas que legalmente lhe permite diagnosticar e tratar doenças psiquiátricas e psicológicas no seu país/países onde exercer)?

No **Go to next question**
 Não **Avance para a próxima pergunta**

Yes **Provide details of the clinical psychologist**
 Sim **Forneça pormenores sobre o psicólogo clínico**

Name
 Nome
 Qualifications
 Qualificações
 Address
 Endereço
 Country
 País


Phone number
 Telefone
 Country () Area code ()
 País Indicativo

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist. Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation. Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

Data(s) em que o paciente consultou este psicólogo clínico.

Se excederem 4, inclua a data da primeira consulta e data da consulta mais recente.

 Attach a report from this clinical psychologist. This report **MUST** be attached.
 Anexe um relatório deste psicólogo clínico. Este relatório **DEVE** ser anexado.

► **Go to next question**
Avance para a próxima pergunta

97 What was the date of diagnosis?
 Qual foi a data do diagnóstico? Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

98 What was the date of onset of symptoms (if known)?
 Qual foi a data do início dos sintomas (se conhecida)? Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

99 What is the prognosis of this condition?
 Give a timeframe, if applicable.
 Qual é o prognóstico da doença?
 Forneça um período de tempo, se aplicável.

100 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Que tratamento está atualmente a ser administrado para esta doença (por exemplo, hospitalização, medicação, aconselhamento, terapia cognitivo-comportamental, reabilitação)?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

101 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Qual é a eficácia do tratamento atual?
Descreva a resposta ao tratamento e o grau de controlo dos sintomas.

102 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Descreva quaisquer efeitos adversos do tratamento, incluindo a sua gravidade.

103 What treatment has been undertaken in the past (e.g. medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Que tratamento foi administrado no passado (por exemplo, medicação, aconselhamento, terapia cognitivo-comportamental, reabilitação)?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

104 Has the patient been hospitalised for this condition?
 O paciente foi hospitalizado por causa desta doença?

- No **Go to next question**
 Não **Avance para a próxima pergunta**
- Yes **Give details below, beginning with the most recent**
 Sim **Forneça detalhes abaixo, começando pelos mais recentes**

1	Condition (diagnosis) Doença (diagnóstico)	<input type="text"/>
	Date of admission Data de internamento	Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano / /
	Duration Duração	<input type="text"/>
	Reason Motivo	<input type="text"/>
	Name of institution Nome da instituição	<input type="text"/>

2	Condition (diagnosis) Doença (diagnóstico)	<input type="text"/>
	Date of admission Data de internamento	Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano / /
	Duration Duração	<input type="text"/>
	Reason Motivo	<input type="text"/>
	Name of institution Nome da instituição	<input type="text"/>

3	Condition (diagnosis) Doença (diagnóstico)	<input type="text"/>
	Date of admission Data de internamento	Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano / /
	Duration Duração	<input type="text"/>
	Reason Motivo	<input type="text"/>
	Name of institution Nome da instituição	<input type="text"/>

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
 Se o paciente foi hospitalizado mais de 3 vezes, anexe uma folha separada com os pormenores.

105 Is any future treatment planned for this condition?
 Há algum tratamento futuro planeado para esta doença?

- No **Go to 107**
 Não **Avance para a pergunta 107**
- Yes **Give details below**
 Sim **Forneça pormenores abaixo**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

106 What is the expected benefit of future treatment?
 Detail improvement in symptoms and functional capacity.
 Que benefício se espera do futuro tratamento?
 Especifique a melhoria dos sintomas e da capacidade funcional.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

107 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique o grau de adesão do paciente ao tratamento recomendado:

Very compliant Alto grau de adesão
Usually compliant Geralmente adere
Rarely compliant Raramente adere
Uncertain Incerto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Especifique quaisquer problemas relacionados com o acesso ou administração do tratamento adequado que afetem o grau de adesão.

Current symptoms / Sintomas atuais

108 What symptoms currently persist **despite** treatment?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Atualmente, que sintomas persistem **apesar** do tratamento?
Seja específico e inclua a gravidade, frequência e duração dos sintomas.

Functional impact / Impacto funcional

109 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment:
Pormenores sobre como esta condição atualmente afeta a capacidade funcional do paciente **apesar** do tratamento

A Does the patient have difficulty with self care and independent living?
O paciente tem dificuldades com os seus cuidados pessoais e vida independente?

No **Go to B**
Não **Avance para B**
Yes Provide details and examples below
Sim Forneça pormenores e exemplos abaixo

B Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?
O paciente tem dificuldades nas atividades sociais/recreativas e viagens?

No **Go to C**
Não **Avance para C**
Yes Provide details and examples below
Sim Forneça pormenores e exemplos abaixo

C Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
O paciente tem dificuldades nas relações interpessoais?

No **Go to D**
Não **Avance para D**

Yes Provide details and examples below
Sim Forneça pormenores e exemplos abaixo

D Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
O paciente tem dificuldades na concentração e realização de tarefas?

No **Go to E**
Não **Avance para E**

Yes Provide details and examples below
Sim Forneça pormenores e exemplos abaixo

E Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
O paciente tem dificuldades no comportamento, planeamento e tomada de decisões?

No **Go to F**
Não **Avance para F**

Yes Provide details and examples below
Sim Forneça pormenores e exemplos abaixo

F Describe any other impacts.
Descreva quaisquer outros impactos.

110 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

A doença afeta a capacidade de comparecer e participar efetivamente em atividades de trabalho, educação ou formação?

No **Go to next question**
Não **Avance para a próxima pergunta**

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

111 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
 Espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente persista durante:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
 Menos de 3 meses 3-24 meses Mais de 24 meses

112 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Nos próximos 2 anos espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente:

- Resolve
Se resolva
- Significantly improve **▶**
Melhore significativamente
- Slightly improve
Melhore ligeiramente
- Fluctuate
Flutue
- Remain unchanged
Não se altere
- Deteriorate
Se deteriore
- Uncertain
Incerto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
 Especifique a capacidade funcional a ser alcançada dentro de 24 meses.

113 Is this condition episodic or fluctuating?
 Esta doença é episódica ou flutuante?

No **▶** Go to next question
 Não **▶** Avance para a próxima pergunta

Yes **▶** Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
 Descreva a frequência, duração e gravidade dos episódios ou descreva como a doença flutua. Inclua um comentário sobre a capacidade para trabalhar, durante e entre episódios ou sintomas flutuantes.

Other information / Outra informação

114 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors.
 História desta doença. Forneça pormenores sobre as causas subjacentes e fatores contribuintes.

115 Provide any additional comments about this condition.
 Forneça quaisquer comentários adicionais sobre a doença.

PART F – Other medical conditions

PARTE F – Outras condições de saúde

116 Does the patient have any other medical conditions including intellectual impairment which have a SIGNIFICANT impact on their ability to function (e.g. endurance, movement, cognitive function, communication, behaviour, ability for self care, need for support in activities of daily living)?
O paciente apresenta quaisquer outras condições de saúde, incluindo deficiência mental, que tenham um impacto SIGNIFICATIVO na capacidade funcional (por exemplo, resistência, movimento, função cognitiva, comunicação, comportamento, capacidade para efetuar cuidados pessoais, necessidade de apoio nas atividades da vida quotidiana)?

- No **Go to PART G**
- Não **Avance para a PARTE G**
- Yes Give details below
- Sim Forneça pormenores abaixo

Instructions for the doctor

Detail only one condition at a time – avoid grouping medical conditions. **If there is more than one other condition, photocopy pages 42–48 for each additional condition, answer the questions and attach the completed pages to this form.**

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instruções para o médico

Descreva apenas uma doença de cada vez – evite agrupar doenças. **Se houver mais do que uma outra doença, fotocopie as páginas 42-48 para cada doença adicional, responda às perguntas e anexe as páginas preenchidas a este formulário.**

Por favor, responda às seguintes perguntas com base na avaliação clínica, resultados de testes e investigações, e do conhecimento científico atual.

Os sintomas comunicados pelos doentes, só por si, não são suficientes.

- 
- Attach:
- if this condition impacts vision a report from an Ophthalmologist. This report MUST be attached,
 - if this condition impacts hearing or other ear functions a report from an Audiologist or Ear, Nose and Throat specialist. This report MUST be attached,
 - a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - results of relevant test and investigation results (reports only), if available.
- Anexe:
- um relatório de um oftalmologista, se esta doença afetar a visão. Este relatório DEVE ser anexado,
 - um relatório de um audiolologista ou de otorrinolaringologista, se esta doença afetar a audição ou outras funções auditivas. Este relatório DEVE ser anexado,
 - um relatório do médico ou especialista que normalmente trata esta doença (se não você), e
 - resultados de testes e de investigação relevantes (apenas relatórios), se disponíveis.

Diagnosis / Diagnóstico

117 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
Qual é o diagnóstico?
Forneça pormenores específicos (por exemplo, inclua o código da Classificação Internacional de Doenças e/ou estágio, consoante seja relevante).

Dotted lines for text entry.

118 The diagnosis is:
O diagnóstico está:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confirmado Quem confirmou o diagnóstico?

Name

Nome

Qualifications

Qualificações

Presumptive

Presumido

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?

Estão planeadas outras investigações/avaliações para confirmar o diagnóstico?

No

Não

Yes

Sim

119 What was the date of diagnosis?

Qual foi a data do diagnóstico?

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

120 What was the date of onset of symptoms (if known)?

Qual foi a data do início dos sintomas (se conhecida)?

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

121 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.

Qual é o prognóstico desta doença?

Forneça um período de tempo, se aplicável.

Treatment / Tratamento

122 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Que tratamento está atualmente a ser administrado para esta doença (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, aconselhamento, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?

Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

123 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Qual é a eficácia do tratamento atual?

Descreva a resposta ao tratamento e o grau de controlo dos sintomas.

124 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Descreva quaisquer efeitos adversos do tratamento, incluindo a sua gravidade.

125 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Que tratamento foi administrado no passado (por exemplo, hospitalização, cirurgia, medicação, aconselhamento, fisioterapia, reabilitação, controlo da dor)?

Forneça pormenores específicos (por exemplo, data de início, frequência e duração do tratamento ou reabilitação, tipo e dose da medicação).

126 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

O paciente usa ou utiliza quaisquer meios auxiliares, equipamentos ou tecnologia de apoio para esta doença?

No **Go to next question**
Não **Avance para a próxima pergunta**

Yes **Give details below**
Sim **Forneça pormenores abaixo**

127 Is any future treatment planned for this condition?
Há algum futuro tratamento planeado para esta doença?

No **Go to 129**
Não **Avance para a pergunta 129**

Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

128 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Que benefício se espera do tratamento futuro?
Especifique a melhoria dos sintomas *e* da capacidade funcional.

129 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique o grau de adesão do paciente ao tratamento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Alto grau de adesão Geralmente adere Raramente adere Incerto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Especifique quaisquer problemas relacionados com o acesso ou administração do tratamento adequado que afetem o grau de adesão.

Current symptoms / Sintomas atuais

130 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Atualmente, que sintomas persistem **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio?
Seja específico e inclua a gravidade, frequência e duração dos sintomas.

131 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology.

Describe in detail the impact on:

As respostas devem indicar como a doença atualmente afeta a capacidade funcional do paciente **apesar** do tratamento, meios auxiliares, equipamentos ou tecnologias de apoio.

Descreva em detalhe o impacto sobre:

A Endurance.
Resistência.

--

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).
Movimento/ destreza (por exemplo, caminhar, dobrar-se, sentar-se, levantar-se, levantar/transportar/manusear objetos).

--

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).
Função neurológica/cognitiva (por exemplo, concentração, tomada de decisões, memória, resolução de problemas).

--

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).
Funções da consciência (perda involuntária de consciência ou consciência alterada, por exemplo, convulsões, enxaquecas).

--

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.
Comportamento, planeamento, relações interpessoais.

--

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).
Funções sensoriais e de comunicação (por exemplo, ver, ouvir, falar).

--

G Digestive, reproductive and continence functions.
Funções digestivas, reprodutivas e de continência.

--

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).
Necessidade de cuidados (por exemplo, apoio na vida diária, alojamento apoiado ou lar de idosos/cuidados hospitalares).

--

I Shopping and performing household tasks.
Fazer compras e realizar tarefas domésticas.

--

J Driving and use of public transport.
Conduzir e utilizar transporte público.

K Other impacts as applicable.
Outros impactos, como aplicável.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
A doença afeta a capacidade de comparecer e participar efetivamente em atividades de trabalho, educação ou formação?

- No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta
- Yes Give details below
Sim Forneça pormenores abaixo

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente persista durante:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Menos de 3 meses 3-24 meses Mais de 24 meses

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Nos próximos 2 anos espera-se que o impacto desta doença sobre a capacidade funcional do paciente:

- Resolve
Se resolva
- Significantly improve **▶**
Melhore significativamente
- Slightly improve
Melhore ligeiramente
- Fluctuate
Flutue
- Remain unchanged
Não se altere
- Deteriorate
Se deteriore
- Uncertain
Incerto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Especifique a capacidade funcional a ser alcançada dentro de 24 meses.

135 Is this condition episodic or fluctuating?
Esta doença é episódica ou flutuante?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes (including episodes in loss of or altered consciousness), or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Sim Descreva a frequência, duração e gravidade dos episódios (incluindo episódios de perda de consciência ou estado alterado de consciência) ou descreva como esta doença flutua. Inclua um comentário sobre a capacidade para trabalhar durante e entre episódios ou sintomas flutuantes.

Other information / Outra informação

136 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
História desta doença.
Forneça pormenores sobre as causas subjacentes e fatores contribuintes.

137 Provide any additional comments about this condition.
Forneça quaisquer comentários adicionais sobre a doença.

PART G – Additional information

PARTE G – Informações adicionais

- 138** Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?
 O paciente apresenta quaisquer outras condições de saúde que são geralmente bem geridas e que têm um impacto mínimo ou limitado na capacidade funcional?
- No *Go to next question*
 Não *Avance para a próxima pergunta*
- Yes *Give details below*
 Sim *Forneça pormenores abaixo*

Condition (diagnosis) Doença (diagnóstico)	Treatment Tratamento	Significant improvement expected? Espera-se uma melhoria significativa?	Impact on ability to function Impacto na capacidade funcional
1		No <input type="checkbox"/> Não	Yes <input type="checkbox"/> Sim
2		No <input type="checkbox"/> Não	Yes <input type="checkbox"/> Sim
3		No <input type="checkbox"/> Não	Yes <input type="checkbox"/> Sim
4		No <input type="checkbox"/> Não	Yes <input type="checkbox"/> Sim

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.
 Se existirem mais de 4 condições de saúde que NÃO tenham um impacto significativo na capacidade funcional, anexe uma folha separada com pormenores.

- 139** Patient's details
 Dados do Paciente
- Height
 Altura
- Weight
 Peso
- Blood pressure
 Tensão arterial

- 140** Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?
 O paciente tem uma doença que pode reduzir significativamente a sua esperança de vida?
- No *Go to 142*
 Não *Avance para a pergunta 142*
- Yes *Diagnosis of condition*
 Sim *Diagnóstico da doença*
-

- 141** Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?
 A esperança média de vida de um paciente com esta doença é inferior a 24 meses?
- No
 Não
- Yes
 Sim

PART H – Capacity for work or training

PARTE H – Capacidade para trabalhar ou para formação

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient's current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient's work capacity.
- Rate how the patient's work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient's age, educational level and current work skills.
- Tick **one** option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Instruções para o médico

A PARTE H é usada para fornecer um sumário global da capacidade atual e potencial do paciente para trabalhar.

- Apenas aquelas doenças com um impacto sobre a capacidade funcional que se espere persistir durante mais de 2 anos devem ser consideradas na avaliação da capacidade do paciente para trabalhar.
- Classifique como a capacidade para trabalhar do paciente é afetada pelas doenças agora e durante os próximos 2 anos. Isto significa qualquer trabalho que o paciente seja capaz de executar, independentemente da disponibilidade desse trabalho, e sem ter em conta a idade, habilitações literárias e competências laborais atuais do paciente.
- Selecione **uma** opção para cada coluna das tabelas de capacidade para trabalhar.
- Responda mesmo se o paciente não tenha trabalhado desde há algum tempo.

- 142** Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work **WITHOUT ANY INTERVENTION** programs: i.e. **WITHOUT** programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation). Indique a sua avaliação da capacidade do paciente para efetuar qualquer trabalho **SEM QUALQUER PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**: isto é, **SEM** programas concebidos para ajudar pessoas a voltar ao mercado de trabalho (por exemplo, formação no trabalho, reabilitação vocacional).

Work capacity / Capacidade para trabalhar

	Current Atual	Within 6 months Dentro de 6 meses	6–24 months 6–24 meses	More than 24 months Mais de 24 meses
0–7 hrs per week 0–7 horas por semana				
8–14 hrs per week 8–14 horas por semana				
15–29 hrs per week 15–29 horas por semana				
30+ hrs per week 30+ horas por semana				

Type of work / Tipo de trabalho

Suggested suitable work
Trabalho adequado sugerido

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations

Apresente razões para a capacidade para trabalhar e recomendações do tipo de trabalho

143 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs:
 i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, disability employment services) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).
 Indique a sua avaliação da capacidade do paciente para efetuar qualquer trabalho COM PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO:
 isto é, COM programas que **são** concebidos especificamente para pessoas com deficiências físicas, intelectuais ou psiquiátricas (por exemplo, reabilitação vocacional, serviços de emprego a inválidos) E aqueles que **não são** (por exemplo, formação pré-vocacional e vocacional, formação no ativo e programas educativos).

Work capacity / Capacidade para trabalhar

	Current Atual	Within 6 months Dentro de 6 meses	6–24 months 6–24 meses	More than 24 months Mais de 24 meses
0–7 hrs per week 0–7 horas por semana				
8–14 hrs per week 8–14 horas por semana				
15–29 hrs per week 15–29 horas por semana				
30+ hrs per week 30+ horas por semana				

Type of work / Tipo de trabalho

Suggested suitable work
 Trabalho adequado sugerido

.....

.....

.....

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
 Apresente razões para a capacidade para trabalhar e recomendações do tipo de trabalho

.....

.....

.....

144 What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?
 Que tipo(s) de assistência melhor ajudaria o paciente a voltar ao trabalho?

- No assistance required
Sem necessidade de assistência
- Educational training (e.g. Year 12)
Formação educativa (por exemplo, o 12º ano)
- Vocational/work training and rehabilitation
Formação vocacional/laboral e reabilitação
- On-the-job training
Formação no trabalho
- Voluntary work
Trabalho voluntário
- Drug and alcohol assistance
Assistência em caso de drogas e álcool
- Other
Outras

Go to 146
Avance para a pergunta 146

Go to next question
Avance para a próxima pergunta

Give details below
 Forneça pormenores abaixo

.....

.....

145 Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:
 Indique a sua avaliação do interesse do paciente em procurar ajuda para voltar a trabalhar:

- Nil Minimal Moderate Substantial
 - Nenhum Mínimo Moderado Substancial
- Give details below
 Forneça pormenores abaixo

.....

.....

PART i – Certification

PARTE i – Certificação

146 This patient has been... my patient since
Este paciente tem sido... meu paciente desde

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

a patient at this practice since
um paciente desta clínica desde

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

147 Would you like someone from Services Australia, or a medical assessor authorised by Services Australia to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)?
Gostaria que alguém do Services Australia, ou um avaliador médico autorizado pelo Services Australia, entre em contato consigo acerca deste relatório (p. ex., se houver qualquer informação que, se divulgadas ao paciente, possa prejudicar a saúde física ou mental do mesmo)?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes The following days and local times suit me:
Sim Os seguintes dias e horas locais são convenientes para mim:

Day Dia	Time Hora	to
<input type="text"/>	: am : pm	: am : pm
<input type="text"/>	: am : pm	: am : pm

Would you like an interpreter when speaking with us?
Gostaria de ter um intérprete quando falar conosco?

No Go to next question
Não Avance para a próxima pergunta

Yes Preferred language
Sim Língua preferida

148 Doctor's details and declaration
Please make sure you have read the **Privacy and your personal information on page 3** of this form.
Please print in BLOCK LETTERS or use stamp.
Dados do médico e declaração
Por favor assegure-se que leu '**A privacidade e as suas informações pessoais**' na **página 3** deste impresso.
Por favor, use LETRA DE IMPRENSA ou um carimbo.

Details of doctor completing this report:
Dados do médico que preencheu este relatório:

Name of doctor
Do médico

Qualifications
Qualificações

Address
Endereço

Country
País

Phone number
Telefone

Signature
Assinatura

Date
Data

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

Stamp (if applicable)
Selo (se aplicável)

149 Returning this report
Devolvendo este relatório

Return address
Endereço para devolução

Services Australia
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.

Thank you for your assistance.

Por favor envie este relatório preenchido e quaisquer anexos por correio diretamente para os Serviços Internacionais, ou, se preferir, pode entregar este relatório preenchido e quaisquer anexos ao seu paciente para que este os devolva aos Serviços Internacionais.

Obrigado pela sua assistência.

ENQUIRIES

If you have any questions, please call Services Australia direct (free of charge) on **800 861 122** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Portugal.

If this service is not available call Services Australia on **(+61 3) 6222 3455** (outside Australia) or **131 673** (inside Australia).

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

INQUÉRITOS

Se tiver quaisquer perguntas, por favor telefone diretamente para o Services Australia (chamada grátis) através do **800 861 122** (entre as 8:00 horas e as 17:00 horas, hora de Hobart, de segunda-feira a sexta-feira).

Este serviço pode não estar disponível de todas as localidades de Portugal.

Se este serviço não estiver disponível, telefone para o Services Australia através do **(+61 3) 6222 3455** (de fora da Austrália) ou do **131 673** (da Austrália).

Nota: Aplicam-se tarifas de chamada – chamadas efetuadas a partir de telemóveis podem ser cobradas a tarifas mais elevadas.