Checklist de Avaliação para Escolha de Almofadas de Cadeira de Rodas

▯ Dados da Pessoa

[ ] Tempo diário sentado na cadeira de rodas: _____
[ ] Capacidade de alívio de pressão espontâneo (reposicionamento):
  [ ] Sim [ ] Não
[ ] Sensibilidade preservada:
  [ ] Sim [ ] Parcial [ ] Ausente
[ ] Histórico de lesões por pressão:
  [ ] Nunca teve
  [ ] Já teve (local: _____)
  [ ] Tem atualmente (estágio: ___, localização: ___)
[ ] Dor ou desconforto ao sentar:
  [ ] Sim (localização: _____)
  [ ] Não
[ ] Deformidades ou assimetrias pélvicas:
  [ ] Não [ ] Leves [ ] Significativas

▯ Avaliação da Posição Sentada

[ ] Alinhamento da pélvis:
  [ ] Neutro [ ] Retroversão [ ] Anteversão
  [ ] Obliquidade [ ] Rotação
[ ] Alinhamento da coluna:
  [ ] Adequado [ ] Escoliose [ ] Cifose [ ] Hiperlordose
[ ] Apoio dos membros inferiores:
  [ ] Simétrico [ ] Assimétrico [ ] Necessita suporte adicional

▯ Objetivo principal da almofada

(Selecionar até 2 prioritários)
[ ] Prevenção de lesões por pressão
[ ] Tratamento de lesões existentes
[ ] Melhoria de conforto

[ ] Estabilização pélvica
[ ] Correção ou compensação postural
[ ] Facilidade de transporte/manuseio

⍰ Recursos Adicionais

[ ] Avaliação com mapa de pressões realizada
[ ] Feedback do utilizador considerado