



\*Escola: \_\_\_\_\_ Pessoa de  
contacto/Telefone: \_\_\_\_\_

\*Data recomendada da consulta no ambiente escolar, não posterior a: \_\_\_\_\_  \*Marcar se a publicação LEA (form. 3-3) está em  
arquivo

*data*

(Refira sua criação a qualquer momento após o segundo aniversário. A decisão de referir sua criança tem que ser feita no máximo até a idade de dois anos e meio.)

\*Indica parte do registo electrónico \_\_\_\_\_  \*Marcar se a referência LEA (form. 3-8) está em arquivo



---

---

(Anexar páginas adicionais se necessário)

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**SECÇÃO II. RESUMO DOS INTERESSES, PRIORIDADES E RECURSOS DA FAMÍLIA  
NO QUE SE REFERE AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA – Objectivo familiar**

1. Informação sobre a nossa família para o IFSP: (Sugestões)

- Coisas que gostamos de fazer em família
- Quem pertence ao nosso agregado familiar?
- Acontecimentos importantes.
- Pessoas e entidades que consideramos úteis
- A nossa família se esforça por satisfazer as necessidades da criança?
- Como as necessidades especiais da criança afectam a nossa família?

2. O que seria útil para a nossa família nos próximos meses e no próximo ano? (Objectivo familiar)

3. Que tipo de assistência ou informação necessitaremos para alcançar este objectivo? (Estratégias)

**SECÇÃO III. OUTROS SERVIÇOS DISPONÍVEIS OU NECESSÁRIOS**

Serviços médicos, actividades recreativas, religiosas, sociais e outros serviços relacionados com a criança, não cobertos pelo “Sistema para Crianças a Três Anos” de CT, que contribuem para este plano.

Recurso/Programa/Serviço de apoio	✓ (se necessário)	Fonte de pagamento


Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**SECÇÃO IV. PLANO PARA A TRANSIÇÃO DO 'SISTEMA PARA CRIANÇAS A TRÊS ANOS'  
PARA EDUCAÇÃO ESPECIAL PRÉ-ESCOLAR OU OUTRO SERVIÇO ADEQUADO**

1. Informação útil para a planificação do futuro da criança e da nossa família • Opções de programas comunitários • Informação da LEA • Processo de referência • Direitos e responsabilidades • Formação dos pais • Visitas a programas comunitários • Equipamento de adaptação • Transporte • Tempo com outras crianças • Partilha de informação.

2. Quais são os próximos passos?	Quem estará envolvido:	Data de realização:

\* Indica parte do registo electrónico

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**SECÇÃO V. OBJECTIVO Nº \_\_\_\_\_**

O que queremos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O que está a acontecer actualmente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Quais são os próximos passos para alcançar este objectivo?</b>	<b>Prazo estimado de concretização do objectivo</b>

<b>Estratégias: métodos para alcançar este objectivo durante as actividades e rotinas diárias da criança e da família</b>	<b>Pessoas envolvidas</b>

--	--

(Anexar páginas adicionais se necessário)

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**SECÇÃO VI. SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE E APOIO**

*Acontecimento ou acção	*Prestado por: (Sector responsável)	*Localização	*Frequência (Os serviços são prestados por 12 meses ou até ao 3º aniversário da criança, a menos que indicado o contrário)	*Duração	*Data de início
		cód. <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Marcar se forem anexadas páginas adicionais ou clarifique os serviços fornecidos e a programação dos mesmos.					

Códigos de localização dos serviços primários: 1=casa 2=locais desenhados para crianças normais 3=hospital (internado) 4=instalações residenciais 5=instalações do fornecedor 6=locais desenhados para crianças com atrasos 7=outros

\*Marcar se qualquer serviço de intervenção precoce não pode ser efectuado satisfatoriamente num ambiente natural e anexar a justificação para cada serviço.

**Consentimento dos pais. Assinalar adequadamente e assinar abaixo:**

1. \_\_\_\_\_ Entendo os meus direitos relativos a este programa e recebi uma cópia escrita "Direitos dos Pais segundo IDEA Parte C" **e**
- 2a. \_\_\_\_\_ Autorizo a concretização deste Plano de Serviço Familiar Individualizado conforme escrito. **OU**
- 2b. \_\_\_\_\_ Não aceito este Plano de Serviço Familiar Individualizado conforme detalhado, contudo autorizo o início dos seguintes serviços:

Os serviços são pagos pelo 'Sistema para Crianças a três Anos' a menos que indicado o contrário:
Coordinador de Serviços/Sector/Nome do programa/Telef.:
É designado um Coordenador de Serviços para todas as famílias, pelo menos mensalmente, quem geralmente participa da visita de intervenção precoce

Assinatura do Pai \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura da Mãe \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_

Revisei este Plano de Serviço Familiar Individualizado, o qual está baseado em parte numa avaliação de todas as áreas de desenvolvimento. Confirmando a adequação do(s) diagnóstico(s), conforme definido no código de diagnóstico (ICD-9) e das recomendações para os tratamentos, conforme o escrito.

**Assinatura do Médico:** \_\_\_\_\_ LIC Nº: \_\_\_\_\_

\*Data: \_\_\_\_\_

\*Nome completo (MAIÚSCULAS): \_\_\_\_\_ \*ICD-9 Cód.(s)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*\* Indica parte do registo electrónico*



Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**SECÇÃO VII. MEMBROS DA EQUIPA DO IFSP**

Os seguintes indivíduos participaram no desenvolvimento do IFSP e/ou ajudarão a implementá-lo. Existirá comunicação verbal constante entre os membros da equipa do IFSP listados abaixo no sentido de favorecer a implementação do mesmo.

<b>Nome</b>	<b>Relação</b>	<b>Telefone</b>	<b>Método de participação</b>

**Notas das reuniões: (discussões, temas específicos da programação, etc.)**

## Secção R-1: Revisão do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP): Objectivos



Nome da criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data da Revisão: \_\_\_\_\_  Revisão periódica  Revisão anual

Data do IFSP em revisão: \_\_\_\_\_ Motivo da revisão: \_\_\_\_\_

Objectivo nº	Objectivo(s)	Progresso relativo aos objectivos da <i>família</i>	Estado

Objectivo nº	Objectivo(s)	Progresso relativo aos objectivos da <i>criança</i>	Estado

Progresso no Plano de Transição

Anexar páginas adicionais

**Secção R-2 Revisão do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP): Serviços e Apoios**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data do IFSP em revisão: \_\_\_\_\_ Data da Revisão: \_\_\_\_\_

Resultado da revisão: \_\_\_\_\_

**RESUMO DOS SERVIÇOS E APOIOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE REVISADOS**

(A ser completado após a revisão dos objectivos)

*Acontecimento ou acção	*Prestado por: (Sector responsável)	*Localização	*Frequência (Os serviços são prestados por 12 meses ou até ao 3º aniversário da criança, a menos que indicado o contrário)	*Duração	*Data de início
		<input type="checkbox"/>			

Marcar se forem anexadas páginas adicionais ou clarifique os serviços fornecidos e a programação dos mesmos.

Códigos de localização dos serviços primários: 1=casa 2=locais desenhados para crianças normais 3=hospital (internado) 4=instalações residenciais 5=instalações do provedor 6=locais desenhados para crianças com atrasos 7=outros

\* Marcar se qualquer serviço de intervenção precoce não pode ser efectuado satisfatoriamente num ambiente natural e anexar a justificação para cada serviço.

**Consentimento dos pais. Assinalar adequadamente e assinar abaixo:**

1. \_\_\_\_\_ Entendo os meus direitos relativos a este programa e recebi uma cópia escrita de *Staying In Charge (Estar no Comando)* **e**
- 2a. \_\_\_\_\_ Autorizo a concretização deste Plano de Serviço Familiar Individualizado conforme escrito. **OU**
- 2b. \_\_\_\_\_ Não aceito este Plano de Serviço Familiar Individualizado conforme detalhado, contudo autorizo o início dos seguintes serviços:

**Os serviços são pagos pelo 'Sistema para Crianças a Três Anos' a menos que indicado o contrário:**

**Coordinador de Serviços/Sector/Nome do programa/Telef.:**

É designado um Coordenador de Serviços para todas as famílias, pelo menos mensalmente, quem geralmente participa da visita de intervenção precoce

Assinatura do Pai \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura da Mãe \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Verifiquei as revisões feitas a este Plano de Serviço Familiar Individualizado. Confirmando a adequação do(s) diagnóstico(s), conforme definido no código de diagnóstico (ICD-9) e das recomendações para os tratamentos, conforme o escrito.

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_ LIC Nº: \_\_\_\_\_ \*Data: \_\_\_\_\_

\*Nome completo (MAIÚSCULAS): \_\_\_\_\_ \*ICD-9 Cód.(s) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

\* Indica parte do registo electrónico

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICAÇÃO PARA SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE QUE NÃO PODEM SER EFECTUADOS SATISFATORIAMENTE EM AMBIENTE NATURAL**

LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO: \_\_\_\_\_

SERVIÇO: \_\_\_\_\_

Explicar como e porquê o(s) objectivo(s) da criança não podem ser alcançados se o serviço for prestado no ambiente natural da mesma com apoio complementar. Se a criança não progrediu satisfatoriamente no seu objectivo no seu ambiente natural, descrever porquê outros ambientes naturais alternativos não foram seleccionados ou o objectivo modificado.

Explicar como os serviços fornecidos neste local serão generalizados para promover a capacidade da criança para actuar no seu ambiente natural.



